Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig?

Pharos Expertisecentrum Gezondheidsverschillen

Maart 2016

Colofon

Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: Wat is er nodig? is een publicatie van Pharos in opdracht van het ministerie van VWS. Aan deze publicatie is een andere publicatie vooraf gegaan, namelijk *Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning.*

Auteurs
Monica van Berkum
Edith Smulders
Maria van den Muijsenbergh
Frea Haker
Evert Bloemen
Joke van Wieringen
Bart Looman
Diana Geraci
Jan Jansen

Met medewerking van
Jeanine Brummel
Bram Tuk
Jacqueline Mulders
Marieke Torensma

Vormgeving: Zwerver grafische vormgeving

Aan deze publicatie werkten andere organisaties, experts en een groot aantal vluchtelingen mee: zij hebben bijgedragen met kennis, ervaringen en waardevolle inzichten.

PHAROS
EXPERTISECENTRUM GEZONDHEIDSVERSCHILLEN

Arthur van Schendelstraat 620
Postbus 13318
3507 LH Utrecht
Telefoon 030 234 98 00
E-mail info@pharos.nl
www.pharos.nl

2016 Pharos, Utrecht

© Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Inhoud

Samenvatting

In de eerdere kennissynthese ‘Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning’ heeft Pharos op verzoek van het ministerie van VWS een beeld gegeven van de gezondheid(srisico’s) van de vluchtelingen die nu in de gemeenten komen wonen en wat die betekenen voor de zorgvraag.

In deze publicatie gaat Pharos op verzoek van hetzelfde ministerie in op de vraag hoe preventie, ondersteuning en zorg zo ingericht kunnen worden dat gezondheidsproblemen bij vluchtelingen worden voorkomen en zorg en ondersteuning voor hen adequaat functioneren. Het ministerie heeft hierbij aandacht gevraagd voor het mobiliseren van de eigen kracht van vluchtelingen, tijdige signalering van problemen, een goede aansluiting op de behoefte van vluchtelingen en mogelijke knelpunten. Ook is ons gevraagd na te gaan welke kennis en ondersteuning hierbij nodig is.
In dit rapport kunt u lezen hoe we te werk zijn gegaan en welke aanbevelingen we doen.[1]

Bij de analyse hebben we een aantal uitgangspunten gehanteerd die aansluiten bij de actuele ontwikkeling in de gezondheidszorg en het sociaal domein. De belangrijkste zijn: accent op preventie, actieve betrokkenheid van vluchtelingen zelf en versterken van eigen regie, zo goed mogelijk benutten van de bestaande infrastructuur en voorzieningen in zorg, inzet van zowel professionele als informele netwerken, een persoonsgerichte en cultuursensitieve benadering en last but not least: een regierol bij de gemeenten.

Voor zeven sectoren in preventie, ondersteuning en zorg beschrijven we de stand van zaken, de aandachts- en knelpunten en aanbevelingen. Daartoe hebben gebruik gemaakt van literatuur en interviews met experts en vertegenwoordigers uit de diverse sectoren in de gezondheidszorg en het sociaal domein. Ook is met 80 vluchtelingen gesproken.

De conclusie luidt dat binnen de bestaande infrastructuur en ons bestaande zorgstelsel vraagstukken rondom gezondheid en zorg voor vluchteling in principe kunnen worden opgelost. Daarvoor moet wel een aantal knelpunten worden aangepakt en meer regie genomen worden op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Op veel plekken gaat effect en energie verloren door een gebrek daaraan. Over de knelpunten en mogelijke oplossingen bestaat over de sectoren heen behoorlijke overeenstemming:

> Beter wegwijs maken in het zorgsysteem, effectievere voorlichting, er veel tijdiger bij zijn, parallelle aanpak van inburgering en participatie, ketensamenwerking versterken, heldere regie, afspraken en afstemming, betere en warme overdracht van medische gegevens, tolken inzetten en een oplossing voor de financiering ervan zoeken, risicogroepen in beeld hebben, voldoende capaciteit regelen, vluchtelingen zelf actief betrekken, kennis en goede voorbeelden delen, bijscholing op cultuursensitieve communicatie en lastige onderwerpen bespreekbaar maken.

1 Deze publicatie richt zich op de statushouders die in de gemeenten gebruik maken van de reguliere preventie, zorg en ondersteuning en niet meer zorg ontvangen via het COA.

Als je aan nieuwe vluchtelingen vraagt waar ze in de eerste periode in Nederland behoefte aan hebben, is het antwoord: wijs me de weg, leg uit hoe het hier werkt, leer me de taal en laat me werken. Geïnterviewde vluchtelingen gaven aan dat zij zelf veel meer en actiever betrokken kunnen en willen worden bij zaken rondom gezondheid, zorg en participatie. Van hun ideeën en ondernemerschap kan meer gebruik gemaakt worden. De meeste van hen willen graag zo snel mogelijk meedoen, in charge zijn en van betekenis zijn. Zij hebben behoefte aan professionals die zich kunnen inleven in wat het betekent om je land, werk en dierbaren te hebben moeten verlaten, lange tijd in angst, onzekerheid en oorlog te hebben geleefd en/of marteling, verkrachting en geweld te hebben ondergaan.

In alle sectoren blijkt behoefte aan kennis over en ondersteuning bij thema's zoals: specifieke gezondheidsrisico's en achtergrond van de nieuwe vluchtelingen, adequate en cultuursensitieve ondersteuning, preventie en zorg, effectievere voorlichting, het betrekken van vluchtelingen zelf, het bespreekbaar maken van lastige onderwerpen en psychische problematiek en geweldservaringen.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen die in het rapport nader worden toegelicht zijn:

- Neem regie als gemeente. Maak heldere afspraken met alle partners op het terrein van preventie, zorg en ondersteuning en los samen met hen knelpunten op.
- Ga naar de voorkant en investeer van meet af aan in preventie. Heb de gezondheidsrisico's van de vluchtelingen in uw gemeente in beeld, net als die van andere inwoners.
- Maak mensen beter wegwijs in onze samenleving en ons systeem van preventie en zorg en van zorgverzekeringen. Regel effectievere voorlichting op het terrein van gezondheid, seksualiteit, opvoeding e.d.
- Start gelijk met participatie, activering, inburgering en taalbeheersing. Dat werkt als forse procesversneller voor integratie én het voorkomen van gezondheidsachterstanden.
- Geef vluchtelingen een actieve rol bij initiatieven rondom hun gezondheid, voorlichting en participatie.
- Maak afspraken over voldoende tijd en capaciteit voor preventie en tijdige signalering van gezondheidsrisico's. Dat vraagt aan het begin een investering die zich later terugbetaalt.
- Regel dat er gebruik kan worden gemaakt van tolken totdat mensen de taal zelf voldoende beheersen
- Zorg dat gemeenten en lokale partners op maat hierin geadviseerd en ondersteund worden en zorg landelijk en lokaal voor goede kennisdeling.

Hoofdstuk 1. Inleiding

Achtergrond

Momenteel is in Nederland sprake van een verhoogde instroom van vluchtelingen. Voor gemeenten en het Rijk is het van belang om zicht te krijgen op de consequenties van deze verhoogde instroom. Het merendeel van de huidige vluchtelingen zal een tijdelijke verblijfsvergunning krijgen en komt na het verkrijgen van deze vergunning terecht in de gemeenten. Zij maken daar gebruik van de reguliere gezondheidszorg en ondersteuning, net zoals iedere inwoner van Nederland. Belangrijke vraag is hoe preventie, zorg en ondersteuning eraan kunnen bijdragen dat gezondheidsproblemen bij deze groep zo veel mogelijk worden voorkomen en welke ondersteuning van lokale partijen daarbij wenselijk is.

Het ministerie van VWS heeft Pharos eind 2015 gevraagd om een kennissynthese te maken met gegevens over de gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor de te verwachten vraag naar zorg, ondersteuning en preventie. Aan deze kennissynthese ‘Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning’ wordt in deze publicatie regelmatig gerefereerd.

Vraag VWS

Het ministerie van VWS heeft daarna een aantal andere vragen gesteld omtrent de vluchtelingen die nu instromen in de gemeenten, waar we in deze publicatie op ingaan[1]. Het ministerie wil weten wat de direct beschikbare kennis is omtrent de volgende vragen:

Organisatorisch inzicht:
1. Hoe kunnen zorg, preventie en ondersteuning het beste ingericht worden om gezondheidsproblemen waar mogelijk te voorkomen en een adequate toegang tot de gezondheidzorg te bevorderen?
2. Is er bij de lokale partijen en zorgpartijen uit de eerste en tweede lijn behoefte aan ondersteuning en zo ja, op welke onderwerpen en hoe zou dat georganiseerd kunnen worden? Zijn er aanvullende kennis en instrumenten nodig?

Aandachtspunten bij vraag 1:
- Het voorkómen van gezondheidsproblemen (fysiek en psychisch)
- Het signaleren van gezondheidsproblemen
- Laagdrempelige toegang van en route naar preventie en zorg die aansluit bij behoefte van vluchtelingen
- Knelpunten in de zorgverlening en ondersteuning (zoals taalbarrières)
- Mobiliseren van de eigen kracht van vluchtelingen en hun sociale netwerken.

1 Deze publicatie richt zich op de statushouders die in de gemeenten gebruik maken van de reguliere preventie, zorg en ondersteuning en niet meer zorg ontvangen via het COA.

Hoe zijn we te werk gegaan?

Deze publicatie is tot stand gebracht in een tijdsbestek van een aantal weken. We zijn veel dank verschuldigd aan de verschillende vluchtelingen en mensen in de zorg, preventie en ondersteuning en de wereld van gemeenten die, met name via interviews, er aan hebben bijgedragen dat deze synthese van kennis, ervaringen en aanbevelingen in zo'n korte tijd het licht kon zien. Vrijwel iedereen was op korte termijn bereid tot een interview en velen hebben op betrokken wijze meegedacht bij de vraagstelling.

Dataverzameling

De door ons geraadpleegde bronnen bestaan uit wetenschappelijke literatuur, rapporten en verslagen, deels al verzameld ten behoeve van de eerdere kennissynthese over de gezondheid en zorgvraag van vluchtelingen. Daarnaast zijn interviews gehouden met ruim 40 experts en vertegenwoordigers van stakeholders in het veld van zorg, preventie en ondersteuning. In deze gesprekken hebben we hun kennis, ervaringen, knelpunten en aanbevelingen opgetekend rondom genoemde vragen van het ministerie. De bevraagde organisaties zijn terug te vinden in bijlage 1. De interviews waren in hoofdlijnen gestructureerd conform de volgende 4 vragen:

1. Wat is er al aan goede zorg, preventie en ondersteuning t.b.v. vluchtelingen, samenwerking op dit terrein en interventies?
2. Wat zijn de aandachts- en knelpunten?
3. Wat is nodig om te komen tot de wenselijke situatie waarin zorg, preventie en ondersteuning zo zijn ingericht dat gezondheidsproblemen worden voorkomen, adequate laagdrempelige toegang tot en kwaliteit van voorzieningen gegarandeerd zijn en de eigen kracht en het sociale netwerk worden gestimuleerd?
4. Wat is de behoefte aan kennis en ondersteuning bij diverse partijen op dit terrein?

Verder maakt deze synthese gebruik van behoeftepeilingen onder ruim 100 huisartsen en verpleegkundigen. We hebben ook geput uit gesprekken met 80 vluchtelingen en uit de over lange tijd opgebouwde expertise van Pharos op het terrein van vluchtelingen, gezondheid en zorg.

Beperkingen

Het onderzoek in deze kennissynthese kent een aantal beperkingen. In verband met de korte tijdsperiode was het niet mogelijk een uitgebreid (behoefte)onderzoek in het brede veld van zorg, preventie en ondersteuning uit te voeren. Evenmin was het mogelijk alle bestaande good practices in kaart te brengen. We pretenderen dan ook op geen enkele wijze volledigheid. Desalniettemin waren de uitkomsten van zowel de literatuuranalyse als de interviews met experts dusdanig complementair en overeenstemmend, dat we denken met deze synthese tot een adequate beantwoording van de vragen van het ministerie van VWS te zijn gekomen.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de context en de uitgangspunten van waaruit we in deze kennissynthese naar het vraagstuk kijken.

Hoofdstuk 3 geeft een beschrijving van de mogelijkheden en knelpunten binnen de huidige zorg, ondersteuning en preventie, t.b.v. nieuwkomende vluchtelingen. We zoomen daarbij in op de diverse sectoren, te weten: sociaal domein, publieke gezondheidszorg, preventie en zorg vluchtelingenjeugd, huisartsenzorg en medisch specialistische zorg, verloskundige zorg, kraamzorg, mondzorg en geestelijke gezondheidszorg. Per sector of onderdeel beschrijven we de bevindingen steeds in dezelfde volgorde, te weten:

- Wat is er al?
- Wat zijn de aandachts- en knelpunten?
- Wat is er nodig?
- Welke behoefte aan kennis en ondersteuning bestaat er?

Hoofdstuk 4 geeft een samenvatting van de resultaten en conclusies en schetst een aantal aanbevelingen voor de inrichting van zorg, ondersteuning en preventie t.b.v. nieuwkomende vluchtelingen en ondersteuning van lokale partijen daarbij.

Hoofdstuk 2. Context en uitgangspunten

Gezondheid te beïnvloeden

De gezondheid van vluchtelingen is, net als bij andere burgers, geen statisch gegeven. Belangrijkste conclusie in de kennissynthese 'Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning' (1) is dat de ontwikkeling van de gezondheid van vluchtelingen in sterke mate bepaald wordt door preventie, tijdige signalering en behandeling en het tijdig inzetten op participatie en versterken van veerkracht. Omgekeerd is gezondheid een basisvoorwaarde voor participeren in de samenleving.
In bovengenoemde kennissynthese zijn voor volwassen en jonge vluchtelingen beschermende en risicofactoren voor gezondheid benoemd. De (ervaren) gezondheid zal uiteindelijk bepaald worden door de balans tussen deze factoren.
Voor volwassen vluchtelingen zijn (naast jonge leeftijd en opleiding) belangrijke beschermende factoren: het zo snel mogelijk kunnen oppakken van het normale leven met perspectief op werk, opleiding of andere participatie, het hebben van voldoende sociale steun/ netwerken, de nabijheid van naaste familie en zich welkom voelen. De Gezondheidsraad wijst ook op religie als beschermende factor (2). Voor kinderen zijn cohesie en steun binnen het gezin, het welbevinden van de ouders en een positieve schoolervaring de belangrijkste beschermende factoren (1).

Beschermende factoren – gezondheid volwassenen
Jonge leeftijd (geldt niet voor alleenstaande minderjarige vluchtelingen)
Hogere opleiding
Werk en inkomen, participatie, toegang tot onderwijs
Stabiliteit en prettig wonen
Aanwezigheid familie, partner en kinderen
Sociaal netwerk, sociale steun
Verblijfszekerheid
Religie
Behoud of herwinnen 'hulpbronnen' (baan op hetzelfde niveau kunnen krijgen in Nederland), participatie

Risicofactoren – gezondheid volwassenen
Oudere leeftijd, en oudere leeftijd bij aankomst
Lage opleiding en laag inkomen (armoede)
Niet lukken van participatie/werk en integratie
Zich niet welkom voelen
Het aantal schokkende gebeurtenissen dat is meegemaakt
Duur en onzekerheid asielprocedure, en verbijfsvergunning en inactief zijn
Beperkte gezondheidsvaardigheden
Onvoldoende kennis over Nederlandse zorgsysteem
Fysieke onveiligheid (giftige paddenstoelen, verdrinking)
Low return on investment (bijv. leren taal levert geen baan op)

Beschermende factoren – gezonde ontwikkeling kinderen
Hoge mate van steun en cohesie binnen het gezin
Welbevinden ouders
Positieve schoolervaring
Adoptiegezin met dezelfde etnische achtergrond

Risicofactoren – gezonde ontwikkeling kinderen
Blootstelling aan geweld voor en na de vlucht
Alleenstaand en meisje zijn
Meerdere verhuisbewegingen in land van aankomst
Ervaren discriminatie
Slechte financiële situatie gezin
Alleenstaande ouder
Psychiatrische problemen bij ouder(s) (met name moeder)
Onvoldoende deelname sport en bewegen

De vraag is nu: hoe kunnen preventie, zorg en ondersteuning zo ingericht worden dat gezondheidsproblemen waar mogelijk voorkomen worden en een adequate toegang tot deze voorzieningen bevorderd wordt?

Context

Alvorens op die vraag in te gaan, stippen we hier kort een aantal elementen aan die de context voor preventie, zorg en ondersteuning t.b.v. vluchtelingen bepaalt. Ook benoemen we een aantal uitgangspunten, het kader van waaruit we naar het vraagstuk kijken.

Maatschappelijke context

Ieder die het nieuws volgt is op de hoogte van de beroering die de verhoogde instroom van vluchtelingen in ons land en in Europa teweegbrengt. Er zijn veel mensen die hen welkom heten en zich daartoe op allerlei manieren inspannen, maar er zijn ook veel mensen bij wie de grotere instroom angst, onzekerheid en verzet oproepen. Vluchtelingen die een status hebben gekregen en hier dus voorlopig mogen blijven, hebben een omgeving nodig waarin voldoende draagvlak is voor hun aanwezigheid. Draagvlak ontstaat het beste op kleinschalig niveau, het niveau van buren, collega's, medeleerlingen en de dokter. Dat is de schaal waarop mensen elkaar leren kennen en de ander minder 'de ander' wordt. Het niveau waarop angst om kan slaan in solidariteit, over en weer oog hebben voor elkaars belangen en zo goed mogelijk samenleven. Zorg, preventie en ondersteuning en de wijze waarop we die inrichten, kunnen daar een bijdrage aan leveren.

Preventie, preventie, preventie

In de gezondheidszorg, bij de rijksoverheid en bij gemeenten groeit de aandacht voor het voorkómen van gezondheidsproblemen, voor preventie en gezond gedrag. Op vele fronten wordt gepleit voor en gewerkt aan de omslag van 'zz naar gg' (zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid) (3), (4). Hierbinnen is veel aandacht voor een brede benadering van ge-

zondheid in termen van veerkracht en voor een brede insteek van gezondheidsbevordering (3), (4), (5), (6). Ook is er meer aandacht voor preventie binnen de zorg en voor persoonsgerichte zorg op maat (7). Deze invalshoeken zijn ook voor vluchtelingen van belang.

Decentralisaties en vitale burgers

Een tweede belangrijke ontwikkeling die de context bepaalt is de decentralisatie van taken naar de gemeenten vanaf 2015. Daarbinnen staan versterken van eigen kracht, zelfredzaamheid, participatie en ondersteuning op maat centraal. Gemeenten zien in toenemende mate het belang van gezondheid: ze hebben baat bij gezonde en vitale burgers, omdat die meer participeren, zelfredzamer zijn, een grotere bijdrage aan de economie leveren en minder beslag leggen op uitkeringen en zorg. Dat geldt ook voor vluchtelingen.

Terugdringen gezondheidsachterstanden

Hiermee samenhangend bestaat er groeiende aandacht voor het terugdringen van de sociaal-economische en etnische gezondheidsachterstanden. Dit is een van de prioriteiten in het landelijk preventiebeleid. Ook lokaal staat het onderwerp op de agenda: 164 gemeenten met wijken met de laagste SES-scores krijgen extra middelen (GIDS-middelen) voor een integrale aanpak van gezondheidsachterstanden. Zij worden daarbij met kennis en adviezen ondersteund door het stimuleringsprogramma Gezond in… van Pharos en Platform31. Het programma bepleit een brede benadering van gezondheidsachterstanden en een hoofdrol voor burgers zelf hierin. We weten inmiddels dat, als we niet tijdig inzetten op preventie, activering en vroegsignalering, vluchtelingen het risico lopen onderdeel te worden van de bevolkingsgroep met gezondheidsachterstanden. Dat willen we voorkomen.

Integrale, populatie- en gebiedsgerichte benadering

Het besef dat integraal en gebiedsgericht kijken nodig is bij het voorkomen van gezondheidsrisico’s dringt steeds meer door. Dat geldt ook voor de noodzaak van de combinatie van een persoons- en populatiegerichte aanpak. Onderkend wordt dat de fysieke en sociale omgeving en factoren die te maken hebben met kunnen werken of zinvolle activiteiten kunnen uitvoeren, minstens zo belangrijk zijn voor de gezondheid als leefstijl. Het leven van mensen en dus ook hun gezondheid laat zich niet reduceren tot een enkel domein, het is juist de gehele levenssituatie die gezondheid mede bepaalt. Duidelijk wordt dat deze brede benadering om inzet en samenwerking van veel partijen in de keten vraagt en een goede gezamenlijke infrastructuur per wijk of gebied, waarin problemen samen met bewoners kunnen worden geduid en aangepakt. Een dergelijke integrale en populatiegerichte insteek is ook voor vluchtelingen van belang.

Actieve rol vluchtelingen zelf

We weten dat het verbeteren van de gezondheid alleen maar lukt als mensen zelf hiertoe gemotiveerd zijn en hierbij een actieve rol hebben. Het is de belangrijkste succesfactor. In veel gemeenten is men hiermee aan het experimenteren en aan het zoeken hoe dat het beste te doen. Bij gezondheidsbevordering van vluchtelingen is dit dan ook voorwaarde nummer één: van meet af aan ‘met’ in plaats van ‘over’ hen praten en met hen samen zaken aanpakken in plaats van voor hen te denken. Alleen dan versterk je hun gezondheid, veerkracht en zelfredzaamheid op een effectieve manier. Veel vluchtelingen willen dit

ook, ze willen in charge zijn en bijdragen. Vluchtelingen die in het land van herkomst in de gezondheidszorg werkten hebben aangegeven ingeschakeld te willen worden bij vraagstukken rondom gezondheid en zorg.

Cultuursensitieve en persoonsgerichte zorg, preventie en ondersteuning

Formeel zijn voorzieningen in Nederland toegankelijk voor alle burgers. We weten inmiddels dat de feitelijke toegankelijkheid en kwaliteit voor de diversiteit aan bevolkingsgroepen afhangt van het vermogen van professionals om te gaan met verschillen in achtergrond, opleiding, sekse, migratiegeschiedenis en andere relevante verschillen. Dat vraagt om kennis en cultuursensitieve vaardigheden en communicatie.
In het geval van vluchtelingen vraagt het ook om inlevingsvermogen in wat het betekent om je land, werk en dierbaren te hebben moeten verlaten, lange tijd in angst, onzekerheid en oorlog te hebben geleefd en/of marteling, verkrachting en geweld te hebben ondergaan en om het opbouwen van vertrouwen.

Rol gemeenten en inzet bestaande systeem en voorzieningen

Gemeenten hebben in dit alles de regie en de lead, samen met lokale partners. In het kader van hun verantwoordelijkheid op het gebied van volksgezondheid is het raadzaam dat zij inzicht hebben in de gezondheidsrisico's van de groepen vluchtelingen die nu instromen en in de vraag hoe daar middels tijdige signalering, preventie en zorg goed op ingespeeld kan worden. Gemeenten kunnen hierbij gebruikmaken van de infrastructuur, ketensamenwerking en voorzieningen die er al zijn. Het gaat niet om de vraag: hoe creëren we iets nieuws voor vluchtelingen? Het gaat om de vraag: hoe zetten we wat er al is, het bestaande systeem en de bestaande structuren en voorzieningen, ook goed in voor vluchtelingen? Hoe werken die ook voor hen zo goed mogelijk en waar moeten we dan extra op letten? Wat moeten we extra weten of kunnen?

Uitgangspunten

Samenvattend gebruiken we in deze notitie voor de vraag hoe zorg, preventie en ondersteuning adequaat kunnen worden ingericht voor vluchtelingen, de volgende uitgangspunten:

- Preventie op meerdere terreinen en tijdige signalering van gezondheidsrisico's staan voorop.
- De gezondheid van vluchtelingen is onderdeel van de wijk- en populatiegerichte aanpak van de gezondheid van alle bewoners. Hierbij wordt integraal én gedifferentieerd gekeken naar wie wie is: er zijn grote verschillen tussen vluchtelingen in hun opleiding, geletterdheid, gezondheidsvaardigheden, referentiekader, verwachtingen van de zorg en gezondheidsrisico's. Aandacht voor kwetsbare groepen is daarbij van belang.
- Een parallelle aanpak van inburgering, integratie en gezondheid is zeer raadzaam.
- De bestaande infrastructuur en netwerken in de wijk/het gebied/de regio, de bestaande ketensamenwerking en de voorzieningen die er al zijn zo goed mogelijk benutten: hoe functioneren die ook goed voor deze groep nieuwe inwoners?
- Bij het vraagstuk van de gezondheid en goed aansluitende zorg en ondersteuning dienen vluchtelingen zelf van meet af aan actief betrokken te zijn; dat draagt bij aan het versterken van de veerkracht en zelfredzaamheid.

- Persoonsgerichte, cultuursensitieve zorg, ondersteuning en preventie op maat is nodig, met begrip voor de achtergronden van mensen en voor wat zij in een oorlogssituatie hebben meegemaakt. Professionals en vrijwilligers dienen over voldoende kennis, sensitiviteit en vaardigheden te beschikken.
- Gemeenten hebben de regie en de lead in het stimuleren van een samenhangende en goed functionerende keten van zorg, ondersteuning en preventie t.b.v. vluchtelingen. Alle partijen in het formele en informele circuit die hier een goede rol in kunnen spelen, worden betrokken.
  Juist in deze combinatie van professionele en informele netwerken in wijken of buurten, ligt een kans om draagvlak en goed samenleven te versterken.
- Beroepsorganisaties en opleidingen hebben de verantwoordelijkheid om te zorgen dat professionals ook op dit terrein toegerust zijn voor hun taak. De landelijke overheid heeft vanuit haar systeemverantwoordelijkheid de taak om de toegankelijkheid en goed functioneren van de gezondheidszorg ook voor vluchtelingen te waarborgen en kennisontwikkeling en -deling te stimuleren.

Hoofdstuk 3. Stand van zaken, aandachts-punten en aanbevelingen per sector

3.1 Het sociaal domein

Vraag aan nieuwe vluchtelingen waar ze in de eerste periode in Nederland behoefte aan hebben en het antwoord is helder: wijs me de weg, leg uit hoe het hier werkt, leer me de taal en laat me werken. Naast de waardering voor alles wat er gedaan wordt voor hen als nieuwkomers, leeft er de sterke behoefte om het eigen leven vorm te geven.

> *"This country keeps us in houses and gives us money. We are grateful for that. But we want to work and help. Give us the way to do that. Bring me in charge. I can do something."*

Deze hartenkreten duiden op een verlangen om zo snel mogelijk mee te doen en daarin zelf de lead te hebben. Uit de Kennissynthese 'Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning' weten we dat factoren als activering, maatschappelijke participatie, onderwijs, taalbeheersing, sociale steun, sociale netwerken en familiehereniging van grote invloed zijn op de gezondheid van vluchtelingen (1), (2), (3), (4), (5). Een actieve dagbesteding is van groot belang voor het psychische welbevinden van vluchtelingen.

Veel determinanten voor de gezondheid van vluchtelingen kunnen dus juist in het sociaal domein positief worden beïnvloed. Het is zaak om van meet af aan in te zetten op behoud van de veerkracht en versterken van de zelfredzaamheid. Daarnaast is van belang te investeren in een goede informatievoorziening, inburgering en voorlichting en ondersteuning op maat.

Wie doet wat?

Op lokaal niveau kunnen bestaande voorzieningen voor al deze zaken goed benut worden (zoals wijkteams, scholen, werk en inkomen, gezondheidscentra, welzijnsorganisaties, GGD'en VluchtelingenWerk, buurtorganisaties e.a.). Het gaat erom een goede ketensamenwerking te creëren binnen de structuren die we al hebben. Daarbij is het essentieel dat de gemeente een regiefunctie vervult en aan vluchtelingen zelf steeds een actieve rol geeft.

In de volgende paragrafen lopen we een aantal terreinen binnen het sociaal domein langs en bekijken we wat er al is en wat nog nodig is om te komen tot een integrale aanpak. Hierbij hebben we zeker niet de pretentie van volledigheid en een totaaloverzicht. Het gaat hier met name om die aspecten van het sociaal domein die de gezondheid en veerkracht helpen versterken of behouden.

Participatie en activering

Veel gemeenten hebben de lessen uit het verleden, zoals verwoord in de Policy Brief van de WRR (6), ter harte genomen. Bij eerdere vluchtelingen hebben we veel tijd verloren laten gaan, waardoor het te lang duurde voordat ze voet aan de grond kregen op de Nederlandse arbeidsmarkt en actief konden participeren in de samenleving. Dat had impact op hun gezondheid. Deze lering is echter nog lang niet overal in praktijk gebracht. Gemeenten zoeken naar een parallelle aanpak, waarin het leren van de taal, het volgen van een opleiding, het vinden van werk of andere activiteiten tegelijkertijd plaatsvinden.
Ook het kabinet zet in op een snellere participatie van vluchtelingen (7).

Wat is er al?

Er zijn al goede voorbeelden te zien, zoals in Eindhoven en Amsterdam (6). Op tal van plaatsen in het land zijn mensen uit de wereld van het bedrijfsleven, de roc's, werk en inkomen en sociale ondernemers aan het zoeken naar creatieve manieren om vluchtelingen sneller te laten participeren, aan stageplaatsen of werk te helpen. Ook kleinere gemeenten zoals Weststellingwerf nemen initiatieven op dit vlak:

> De gemeente Weststellingwerf zit om de tafel met het roc om te kijken of het inburgeringtraject een extra impuls kan krijgen gericht op intensivering van de inburgering en 'taalonderdompeling'. Doel is dat mensen sneller kunnen instromen, op hbo-niveau waar mogelijk en anders op mbo-3-niveau. Hier worden de inburgeringprogramma's op ingericht. Ook analfabeten en laaggeletterden krijgen een plek, het is maatwerk. Meerdere partijen zijn betrokken, ook de bibliotheek, die programma's heeft voor laaggeletterden. Er is een integrale taalwerkplaats waarin alle partijen samenwerken. Men is op dit moment op zoek naar taalstages zodat vluchtelingen, in aanvulling op het inburgeringprogramma, een taalstage kunnen lopen bij bedrijven in de gemeente. Spontaan heeft zich een aantal bedrijven gemeld (8).

In Onnen in Groningen starten statushouders al met inburgering en een participatietraining op het AZC (9). Een dergelijke snelle start gebeurt in AZC's nog veel te weinig. Er is enorme behoefte bij vluchtelingen om al in de opvang actief te kunnen zijn en de taal te leren. We weten dat hiermee de gezondheid sterk bevorderd wordt.

VluchtelingenWerk en UAF werken samen in het project 'Startbaan', waarin gekwalificeerde kandidaten via jobcoaches gekoppeld worden aan bedrijven en organisaties. Bedrijven krijgen daar een budget waarmee ze de nieuwe medewerker sneller vooruit kunnen helpen (10).
Hoger opgeleide vluchtelingen kunnen bij UAF ondersteuning krijgen bij de studie en het vinden van een passende baan. New Dutch Connections, opgezet door een voormalig vluchteling uit Liberia, zet in het land 'Toekomstacademies' op. Daarin worden netwerken gesmeed van mensen uit het onderwijs en bedrijven, en vluchtelingenjongeren, zodat deze laatsten een carrière kunnen realiseren en economisch zelfstandig worden.
Dit soort initiatieven benutten de eigen veerkracht en versterken sociale netwerken van vluchtelingen en vitaliteit.

Ook de landelijke overheid zet in op een snellere participatie van vluchtelingen. Het kabinet heeft samen met de belangrijkste partijen in het veld de handen ineen geslagen en een gezamenlijke Task Force Werk en Integratie Vluchtelingen opgezet. Daarin participeren de VNG, VNO-NCW, FNV/CNV, SER, COA, MKB-Nederland, Divosa, VluchtelingenWerk, UAF, Vluchtelingenorganisaties, UWV, OCW en SZW. De Task Force onderneemt concrete acties om arbeidsparticipatie en toeleiding naar werk en opleiding te versnellen. Onderdeel daarvan is een snellere screening van talenten en vaardigheden. Het tekenen van een participatieverklaring door vluchtelingen is ook onderdeel van de maatregelen van het kabinet (7), (11).

Andere Europese landen zoeken eveneens naar snellere vormen van participatie en integratie. In Noorwegen is een intensief programma van 2 tot 3 jaar effectief gebleken, waarin taalbeheersing, training gericht op werk en stages op lokaal niveau gecombineerd worden (12). Vluchtelingen die we interviewden wezen op een voorbeeld uit Zweden, waarbij men Syrische dokters de gelegenheid geeft om 3 maanden als vrijwilliger te werken in een gezondheidscentrum of een ziekenhuis. Als zij dit traject goed doorlopen, krijgen ze een baan voor 1,5 jaar. In Duitsland zijn volgens hen vergelijkbare initiatieven die ertoe geleid hebben dat gevluchte Syrische artsen sneller een baan kregen. Het lijkt zinvol deze voorbeelden nader te onderzoeken. Een geïnterviewde arts stelt het als volgt:

> *“I am not asking for a job, but to stay in touch with my profession. I am asking for a ‘stage’. But because I have a diploma I cannot get a ‘stage’. The system is not allowing to give me this ‘stage’.”*

Sociale activering

In diverse gemeenten wordt naast werk en opleiding, gericht ingezet op sociale activering, ook in het kader van behoud van gezondheid. Welzijnsorganisaties en vrijwilligersorganisaties zoeken daarbij actief naar mogelijkheden om nieuwe vluchtelingen te betrekken bij hun activiteiten.

> Project ‘Aan de Slag’: samen met vrijwilligerscentrales, lokale maatschappelijke organisaties en het COA, heeft Pharos het initiatief genomen om asielzoekers te betrekken bij vrijwilligers buiten het asielzoekerscentrum. Asielzoekers kunnen zich aanmelden voor diverse klussen die aangeboden worden door maatschappelijke organisaties en burgerinitiatieven in de gemeente. Zij voeren deze klussen samen met Nederlanders uit. Er is groot enthousiasme bij de Nederlandse vrijwilligers, de betrokken organisaties en asielzoekers om hiermee door te gaan. Het stimuleert de veerkracht en de (mentale) gezondheid, integratie van nieuwkomers en draagt bij aan positieve beeldvorming. De succesvolle formule is ook in te zetten bij de vluchtelingen die in de gemeente komen wonen. De komende jaren zet Pharos zich in om de werkzame elementen te verspreiden en de werkwijze te borgen binnen gemeenten.

Ondernemerschap

Stimuleren van ondernemerschap kan een goede aanvulling zijn op bestaande trajecten gericht op vrijwilligerswerk en arbeidsintegratie. Uit de evaluatie van het project ‘Duizend en één kracht’ van Movisie kwam naar voren dat vrijwilligerswerk bij migranten- en vluch-

telingenvrouwen heel goed kan leiden tot werk, maar dat dit niet voor iedereen de meest geschikte route is. Sommige vrouwen gaven aan meer behoefte te hebben aan betaald werk in de vorm van ondernemerschap waarbij ze hun reeds aanwezige vaardigheden kunnen inzetten en zelfstandig kunnen werken. Een bijkomend voordeel van ondernemerschap is dat er niet altijd diploma's voor nodig zijn (13).

> *"Velen van ons, vluchtelingen, komen uit landen met weinig sociale voorzieningen en waar je gedwongen bent tot ondernemerschap om te overleven. Maar jullie krijgen het voor elkaar dat vluchtelingen zich binnen een paar weken meer druk maken over huursubsidie dan over hun eigen ondernemerschap"*

Al de hierboven genoemde vormen van participatie hebben een positief effect op de gezondheid en dragen bij aan een gevoel van eigen regie, van betekenis zijn en het gevoel weer in charge te zijn, zoals vluchtelingen zelf aangeven.

Aandachtspunten en knelpunten

- Er zijn vele goede initiatieven gericht op werk, opleiding en sociale activering, maar vaak is nog geen sprake van een goed georganiseerde, gedifferentieerde en parallelle aanpak. De begeleiding van vluchtelingen laat soms nog te wensen over en de continuiteit van deze initiatieven is vaak niet gewaarborgd. Ook de combinatie met het tegelijkertijd aanpakken van eventuele (mentale) gezondheidsklachten wordt nog onvoldoende gemaakt.
- Vluchtelingen worden zelf nog te weinig van meet af aan bij deze zaken betrokken. Dit terwijl zij veel ideeën hebben over hoe knelpunten opgelost kunnen worden en veelal zeer werkbereid en realistisch zijn.
- Taalcursussen die bij inburgeringtrajecten worden geboden, zijn volgens geïnterviewden vaak van onvoldoende niveau om door te kunnen stromen naar een hogere opleiding of een baan die past bij de kwaliteiten van hoogopgeleide vluchtelingen, bijvoorbeeld in de medische sector. Tegen de tijd dat ze de taal op niveau beheersen, hebben ze zo'n groot gat in hun werkervaring dat het moeilijk is nog een baan te vinden.

Wat is er nodig?

- **Parallelle aanpak:** voor gezondheid is participatie van het grootste belang. Zorg voor een versnelde aanpak waarin het leren van taal, talentscreening, volgen van een opleiding, ondernemerschap of het vinden van een baan parallel en op maat worden ingezet. Start dit al in het AZC. Dit wordt breed gedeeld, is van groot belang voor de gezondheid en in lijn met de conclusies van de WRR Policy Brief 4 (6). Ook vluchtelingen zelf geven aan dit graag te willen. Betrek hen er van meet af aan actief bij, dat includeert en bevordert eigenaarschap en veerkracht. Neem als gemeente hierop de regie. Benut de bereidheid van veel mensen op dit moment om een bijdrage te leveren, met name ook voor het koppelen van vluchtelingen aan professionele netwerken. Afstemming tussen de vele initiatieven zal winst opleveren.

- **Faciliteer stages en taalles op niveau:** roep beroepsorganisaties en werkgeversorganisaties op om stages mogelijk te maken terwijl mensen de taal nog leren en taalstages volgen. Faciliteer dat mensen taalles kunnen volgen op het niveau dat ze nodig hebben voor hun opleiding/werk.

- **Betrek vluchtelingen bij vrijwilligerswerk:** stimuleer dat in elke gemeente: bestaande (vrijwilligers)organisaties vluchtelingen betrekken bij vrijwilligerswerk en buurtactiviteiten. Geef vluchtelingen en hun organisaties zelf hierbij de hoofdrol en bespreek van meet af aan waar hun motivatie ligt.

- **Combineer participatie en gezondheid:** zet in op vroegsignalering en aanpak van gezondheidsproblemen die integratie en participatie belemmeren.

Voorlichting, maatschappelijke begeleiding en inburgering

Inburgering begint met goede informatie en wegwijs worden in de Nederlandse samenleving. Men hoeft zich maar even voor te stellen hoe het zou zijn om als Nederlander in een stad in Eritrea te komen wonen, daar een school voor de kinderen te moeten vinden of zorg te zoeken voor een zieke in het gezin, en de noodzaak van adequate informatievoorziening is glashelder. Gebrek aan informatie en de weg niet weten terwijl je de taal nog onvoldoende beheerst, kan grote onzekerheid en stress met zich meebrengen. Geïnterviewde vluchtelingen benadrukken dit keer op keer. Hun eerste behoefte is: begrijpelijke en praktische informatie over de woonomgeving (wanneer mag je het vuilnis buitenzetten?), het sociale verkeer, de organisatie van en regels voor werk, inkomen en zorg. Goede informatie verhoogt het zelfvertrouwen en de veerkracht. Uit oogpunt van zelfredzaamheid zijn voorlichting en begeleiding in de eerste periode van grote waarde, zo geven vluchtelingen zelf aan.

Wat is er al?

In gemeenten wordt geïnvesteerd in het wegwijs maken van vluchtelingen die in de gemeente komen. De reikwijdte hiervan en de wijze waarop dit gebeurt verschilt echter nogal.

Een goed voorbeeld zijn de pilots ‘Participatieverklaring’ in 13 gemeenten rond o.a. verwelkoming en wegwijs maken, die door Regioplan in 2015 zijn geëvalueerd (14). Hiermee wilde het ministerie van SZW verschillende nieuwkomers bereiken op een interactieve wijze. Uit de evaluatie bleek dat deze pilots nieuwkomers echt hielpen in de weg vinden, hun zelfvertrouwen en de orientatie op de arbeidsmarkt versterkten. Besloten is in het hele land met participatieverklaringen aan de slag te gaan en deze in de gemeenten te koppelen aan maatschappelijke begeleiding en inburgering (11).

Maatschappelijke begeleiding

Maatschappelijke begeleiding word in ongeveer 75-80% van de gemeenten door VluchtelingenWerk uitgevoerd. De vrijwilligers van VluchtelingenWerk maken mensen wegwijs in hun omgeving en helpen hen met de opbouw van een nieuw bestaan. Zaken zoals huisvesting, juridische ondersteuning, uitkering, een school zoeken, starten met het inburgeringtraject en een huisarts zoeken vallen hier vaak onder. Maatschappelijke begeleiding wordt ingekocht door de gemeente. De wijze waarop de begeleiding wordt vormgegeven, en de omvang en de duur daarvan verschillen per gemeente. VluchtelingenWerk geeft aan dat dit knelpunten kan opleveren en dat de begeleiding van de grotere aantallen vluchtelingen soms onder druk komt te staan.

Voorlichting over het gezondheidszorgsysteem

Informatieverstrekking en voorlichting over de zorg beginnen al tijdens het verblijf in de noodopvang of het AZC. Dit betekent niet dat vluchtelingen goed geïnformeerd de gemeente inkomen. Tot 2009 besteedde de MOA relatief veel aandacht aan het informeren van nieuwkomers over de gezondheidszorg. Daarna is deze voorlichting sterk gereduceerd en belegd bij het COA binnen de niet-medische gidsfunctie. Meerdere mensen die we interviewden geven aan dat meer aandacht voor de ‘voorinburgering’, met name ook voor een introductie op de Nederlandse gezondheidszorg, nodig is. Vluchtelingen geven daarbij wel aan dat ze in het AZC moeite hebben om alle informatie over het Nederlandse systeem in één keer op te nemen. Daarnaast verblijven vluchtelingen die in het kader van gezinshereniging in Nederland komen zo kort in de opvang dat zij vaak geen informatie ontvangen.

> *“When you have so much info in the AZC, you cannot take it all in. We have already enough to worry about: what house, which city will we live in. Getting the information about the (health) system in the gemeente is better than having it all in the camps.”*

Als ze eenmaal gaan wonen in een gemeente, krijgen vluchtelingen in een deel van de gemeenten opnieuw voorlichting over het zorgsysteem, maar zeker niet overal. Ook de manier waarop en de mate waarin dit gebeurt, verschilt per gemeente. Velen denken dat Vluchtelingenwerk deze voorlichting geeft, maar dit blijkt niet standaard in het ‘pakket’ te zitten en sommige vrijwilligers zijn hier onvoldoende op toegerust. GGD’en en welzijnsinstellingen spelen hierbij ook vaak een rol, afhankelijk van de afspraken die gemaakt zijn met de gemeente. Vluchtelingen raadplegen overigens als eerste hun eigen sites en wisselen informatie uit via Facebook en onderlinge contacten.

Een goed voorbeeld is het prijswinnende project E-Sharing is Caring, waarbij Syrische vluchtelingen elkaar via Facebook wegwijs maken in het Nederlandse zorgstelsel. Via deze digitale communities kunnen vluchtelingen/statushouders visuele info-posts bekijken, actief participeren in discussies of vragen beantwoorden die gesteld worden aan de community. Zelforganisaties of nieuwkomers kunnen op deze manier een actieve rol spelen in ontwikkeling en verspreiding van kennis en tools naar andere nieuwkomers op diverse terreinen, bijvoorbeeld specifieke kennis en ervaring over seksualiteit/seksuele opvoeding (15). Het initiatief is van GGD Regio Utrecht, Pharos en een aantal vluchtelingen.

Veel vluchtelingen komen uit landen waar men direct bij een specialist terecht kan. Zij kennen het verschijnsel huisarts niet. Door gebrek aan kennis bezoeken vluchtelingen regelmatig een ziekenhuis terwijl zij gezien hun klachten naar een huisarts zouden moeten gaan. Ook over zorgverzekeringen leven veel vragen. In veel landen van herkomst bestaat het systeem van verzekeringen niet. Vaak weet men niet wat het eigen risico behelst en wat er wel en niet gedekt wordt. Er zijn volgens respondenten signalen van zorgmijding onder vluchtelingen uit angst voor onbeheersbare kosten en schulden. Dit kwam ook naar voren in een verkenning onder Syrische nieuwkomers in de gemeente (16).

De voorlichting blijkt al met al in veel gevallen ontoereikend. Dit kwam terug in het merendeel van de interviews.

> *“Some even don’t know that you have to call 112. There should be a basic level of knowledge and information for everyone. Make a brochure with on the first page: the emergency number is 112.”*

> De van oorsprong Syrische psychiater Aram Hasan wordt overstelpt met vragen van nieuw aangekomen Syriërs; zij weten hem, vooral door zijn Facebookpagina in het Arabisch, goed te vinden. Zo belde een echtpaar. “Bang, een traumatische reis achter de rug, geen geld, ze kennen de taal niet. Ze huilden. Ze hadden een brief gekregen dat ze zich in Breda moeten melden voor hun procedure. Ze hadden hele simpele vragen: waar is Breda? En: hoe komen we daar? Als we daar niet op tijd aankomen, is alles verloren, dachten ze.” Er is onder asielzoekers een groot gebrek aan goede informatie (17).

Voorlichting over gezondheid

Niet alleen over het systeem maar ook over gezondheid zelf wordt op veel plekken voorlichting gegeven aan vluchtelingen, met name door de GGD. Dit wordt verder behandeld in de paragraaf over Publieke Gezondheidszorg.

Aandachtspunten en knelpunten

- Bij voorlichting en begeleiding is het regelmatig niet helder wie waarvoor verantwoordelijk is en een deel van de voorlichting, met name over het zorgsysteem en de zorgverzekering, is regelmatig ontoereikend.
- Vluchtelingenkinderen krijgen in de maatschappelijke begeleiding minder aandacht, volwassenen staan in de begeleiding centraal. De Kinderombudsman bepleit specifieke aandacht voor kinderen (18).
- Er zijn zorgen over Eritrese jongeren geuit door meerdere geïnterviewden. Het is een kwetsbare groep die extra aandacht en begeleiding nodig heeft (19), (20). In Kennissynthese ‘Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning’ is hier al op gewezen. Eritrese geïnterviewde sleutelpersonen waarschuwen dat voorlichting aangepast moet worden aan het relatief lage opleidingsniveau van een deel van de jongeren.

- Armoede en schulden: een deel van de nieuwe vluchtelingen behoort tot een huishouden dat onder de armoedegrens valt (21). Hierdoor kiest men veelal voor de goedkoopste ziektekostenpremie met het hoogste eigen risico. Dit hoge eigen risico kunnen ze niet betalen op het moment dat er zorg nodig is, net als bij sommige andere mensen met een minimuminkomen. Ook de kosten van de inburgeringcursus, diplomawaardering en kosten die gepaard gaan met de gezinshereniging en remittance kunnen leiden tot schulden. In de periode voorafgaand aan vestiging in de gemeente heeft men geen tot weinig inkomsten en is er dus nog geen buffer opgebouwd. Omdat vluchtelingen vanwege een afstand tot de arbeidsmarkt in de beginfase van hun verblijf vaak afhankelijk zijn van de bijstand en voor bovengenoemde kosten dus een lening afsluiten, starten zij met een financiële achterstand (22).

In Nijmegen is er onlangs op initiatief van enkele zorgaanbieders een netwerk ontstaan rond gezondheid en welzijn van statushouders en nieuwkomers. GGD Gelderland-Zuid organiseert in samenwerking met Pharos de bijeenkomsten. Inmiddels heeft het netwerk een brede samenstelling: Gemeente Nijmegen, Vluchtelingenwerk, Interlokaal (vertegenwoordiger van wijksteunpunt), Tandem (welzijnsorganisatie/Wijkteam), taalaanbieders, ROC, Pro-Persona (ggz), GC A, een verloskundigepraktijk, huisartsen en verschillende afdelingen van GGD Gelderland Zuid. Het plan is om ook vertegenwoordigers van vluchtelingen te betrekken.
Doelstellingen:

1. In kaart brengen wie wat doet met betreking tot zorg en welzijn voor de doelgroep.
2. Inventariseren wat de knelpunten en blinde vlekken zijn in zorg en welzijn voor de doelgroep.
3. Integraal samenwerken door diverse partijen aan het oplossen van knelpunten. Resultaat: meer afstemming en samenwerking, delen van kennis en ervaring, scholing voor medewerkers, voorlichting voor de doelgroep, ontwikkelen van informatiemateriaal, etc.

De meerwaarde van samenwerking tussen gemeente, zorg en welzijn wordt breed erkend.
De positieve ervaringen in Nijmegen hebben ertoe geleid dat de samenwerking in de regio Gelderland Zuid tussen de GGD en VluchtelingenWerk is toegenomen. De GGD maakt nu met alle VluchtelingenWerkteams in de regio kennis, wisselt uit wat een ieder doet en maakt samenwerkingsafspraken.
Daarnaast bestaat in Nijmegen op wijkniveau een overleg van partijen die betrokken zijn bij de Eritrese statushouders in Lent, zoals de gemeente, VluchtelingenWerk, wijkteam, huisarts en GGD.

Wat is er nodig?

- **Rolverdeling:** maak in iedere gemeente, zowel bij vluchtelingen als bij lokale partners, duidelijk en kenbaar welke organisaties een taak hebben in de informatieverschaffing, voorlichting en maatschappelijke begeleiding. Zorg ook dat in elke gemeente helder is wie er voorlichting geeft over de gezondheidszorg. Stimuleer dat ook de vrijwilligers goed toegerust zijn voor deze taak en zicht hebben op het aanbod aan zorg en welzijn.
  Zet vluchtelingen in bij de voorlichting en het wegwijs maken. Veel vluchtelingen gaven aan hier van harte aan mee te willen werken. Benut hun eigen sites en Facebookpagina's voor het verspreiden van informatie.

- **Herhaal informatie:** bied informatie op verschillende momenten aan, zowel in de opvang als bij vestiging in de gemeente. Stel in elke gemeente een bepaalde mate van uniforme informatievoorziening beschikbaar. Besteed zeker ook aandacht aan de rol van de huisarts en de zorgverzekering. Voor de periode dat mensen de Nederlandse taal nog onvoldoende beheersen kan toegankelijke digitale informatieverstrekking worden geregeld (bijvoorbeeld via hun eigen sites). Hierdoor worden vluchtelingen versterkt in hun zelfredzaamheid. Zorg dat deze voorlichting is getest op gebruikswaarde bij verschillende vluchtelingen en op correcte informatie.

- **Regionale voorlichting:** laat informatiebijeenkomsten op regionaal niveau organiseren door de GGD, Vluchtelingenwerk of anderszins, zodat het de moeite loont om de voorlichting aan te passen aan de achtergrond van de verschillende groepen vluchtelingen. Dit verhoogt de effectiviteit.

- **Heb aandacht voor kwetsbare groepen:** zoals getraumatiseerde en zieke vluchtelingen, kinderen en gezinsherenigers. Vroegsignalering en begeleiding is hierbij raadzaam. Specifieke voorlichting is wenselijk voor Eritrese AMV-ers over alcoholgebruik, seksueel overschrijdend gedrag en ervaringen met (seksueel) geweld.

- **Armoedebeleid en schuldhulpverlening:** vanwege de stapeling van kosten op het terrein van inburgering, woninginrichting, diplomawaardering en gezinshereniging, is aandacht voor het voorkomen van schuldenproblematiek en snelle ondersteuning hierbij aan te raden. Professionals dienen zich bewust te zijn van het feit dat vluchtelingen uit angst voor kosten soms zorg mijden. Schulden en armoede hebben een negatieve invloed op de gezondheid.

Project Euro-Wijzer 2
Door het geven van groepsgewijze training en met de inzet van vrijwillige budgetcoaches wordt gewerkt aan financiële zelfredzaamheid. Het Nibud heeft speciaal voor het project 'Euro-Wijzer 2' materiaal ontwikkeld dat aansluit bij de belevingswereld en context van vluchtelingen. Daarnaast kunnen vluchtelingen op regionale spreekuren terecht met financiële vragen of voor advies. De deelnemers leren een financieel overzicht te maken van de eigen inkomsten en uitgaven; welke financiële voorzieningen er zijn en waar ze recht op hebben; internetbankieren; bespaartips; en een eigen administratie opzetten en bijhouden (23).

Sociale wijkteams en Wmo-ondersteuning op maat

Wat is er al?

Wijkteams kunnen ook bij vluchtelingen een grote rol spelen bij het versterken van zelfredzaamheid en in een vroeg stadium (psychische) problemen helpen voorkomen of oplossen. Zoals we zagen in de Kennissynthese 'Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning', is een outreachende aanpak daarbij van belang. Uitgangspunt bij de wijkteams zal in het algemeen zijn dat vluchtelingen net als andere inwoners ondersteuning op maat krijgen. Inschakelen van het eigen netwerk is voor veel wijkteams uitgangspunt bij het werk, maar is bij nieuwkomende vluchtelingen niet altijd haalbaar, omdat dat netwerk er niet is. Samenwerken met vluchtelingen-sleutelpersonen biedt dan uitkomst.

In de eerste periode in Nederland zullen veel vluchtelingen niet direct uit eigen beweging aankloppen bij het wijkteam; veelal hebben ze eerst te maken met de maatschappelijk begeleider, de school, de jeugdgezondheidszorg en de huisarts. Het is dan van belang dat deze partijen goed contact hebben met het wijkteam en hen tijdig inschakelen als zich problemen voordoen. Een 'warme' overdracht helpt daarbij. Daar waar dit lukt, komen vluchtelingen sneller bij wijkteams terecht.

Uit gesprekken met wijkteams en VluchtelingenWerk komt naar voren dat de samenwerking tussen deze twee wisselend is. Soms zijn er heldere afspraken, regelmatig zijn de verwachtingen over en weer niet afgestemd. Vragen die vaak heen en weer gaan zijn: wie helpt er met het invullen van de formulieren of het aanvragen van een DigiD, wie kan er mee gaan naar de huisarts of naar het ziekenhuis? Gezien de overwegend jonge leeftijd van de nieuwe vluchtelingen, is er nog weinig ervaring opgedaan met vragen rond thuiszorg, vervoer, hulpmiddelen of woningaanpassing.

Aandachtspunten en knelpunten

- Een aantal wijkteams die we hebben gesproken wordt overladen met vragen van praktische aard, die volgens hen eigenlijk op een andere plek horen. Dit soort vragen verhindert dat teams toekomen aan ondersteuning bij problemen waar ze eigenlijk voor zijn en die ze wel signaleren. Het gaat dan om problemen rond de opvoeding, de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen, echtscheiding, huiselijk of seksueel geweld, trauma's, een gebrek aan zinnige dagbesteding (verveling en depressie), oplopende schulden en ongewenste zwangerschappen.

- Vrijwilligers verwijzen bij dit type problemen regelmatig te laat door en hebben soms de neiging problemen zelf te willen oplossen.
- De caseload van veel wijkteams is hoog, wat preventief en outreachend huisbezoeken afleggen belemmert. Een preventief huisbezoek aan vluchtelingen(gezinnen) wordt als wenselijk gezien. Wijkteams geven aan dat in het algemeen problemen goed op te lossen zijn, maar dat er afspraken nodig zijn over wie wat doet.

In Zaanstad gaan medewerkers van het Centrum Jong bij ieder gezin dat zich in de gemeente vestigt op huisbezoek. Zij hebben nu korte lijnen met de vrijwilligers van VluchtelingenWerk die de gezinnen begeleiden. Ook met de (eerste opvang) scholen houden zij contact om de ontwikkeling van de vluchtelingenkinderen in de gaten te houden.

- Wijkteams noemen ook de taalproblemen; voor de hierboven genoemde problemen is iemand inschakelen vanuit het eigen netwerk als tolk vaak niet wenselijk. Men heeft behoefte aan professionele tolken.

Wat is er nodig?

- **Neem de regie:** gemeenten kunnen vanuit hun verantwoordelijkheid in het sociaal domein de regierol nemen en organisaties bij elkaar brengen. Het is goed om alle betrokkenen bij vluchtelingengezinnen op lokaal niveau regelmatig bijeen te roepen om begeleiding en ondersteuning goed af te stemmen en eventuele knelpunten snel op te lossen. Naast professionals uit wijkteams, zorg en onderwijs en VluchtelingenWerk, horen bij dit ketenoverleg zeker ook vrijwilligers- en zelforganisaties thuis.

- **Taakverdeling**: iedere gemeente zou met het eigen wijkteam afspraken kunnen maken op welke manier zij de vluchtelingen(gezinnen) in de wijk in beeld hebben of krijgen. Overleg over wat hiervoor nodig is lijkt van belang, zeker als de caseload al hoog is. Wenselijk is dat voorlichting, informatievoorziening én praktische ondersteuning niet terechtkomen bij wijkteams, maar worden opgevangen door andere organisaties. Aandacht voor versterken van de sociale netwerken in de wijk voor vluchtelingen is nodig. Dat verlicht ook de taken van wijkteams.

- **Goede tolkenvoorziening:** het is aan te bevelen zorg te dragen voor een goede tolkenvoorziening, want anders is hulpverlening in veel situaties niet effectief.

Behoefte aan kennis en ondersteuning

De VNG ondersteunt gemeenten op diverse manieren en vooral via het OTAV (Ondersteuningsteam Asielzoekers en Vergunninghouders). Zij doet dat via hun website, ledenbrieven, factsheets (24), handreikingen (25), ondersteuningsprogramma's en regionale bijeenkomsten. Ook andere organisaties besteden aandacht aan vluchtelingen op hun websites, zoals het Loket Gezond Leven en uiteraard Pharos.

In een gesprek met de VNG werd duidelijk dat gezondheid en zorg voor vluchtelingen nog niet bij alle gemeenten automatisch op het netvlies staan. Opgaven rond huisvesting en inburgering hebben begrijpelijkerwijs voorrang. Vragen die bestaan over zorg en gezondheid komen nog nauwelijks bij het OTAV terecht. Veel van deze vragen komen bij Pharos en anderen binnen. Het gaat dan om vragen als:

- Welke partners doen nu wat in de voorlichting, begeleiding en zorg?
- Wat zou een gewenste taakverdeling zijn?
- Wat zijn kenmerken van de huidige groepen vluchtelingen, wat moeten we weten? In de interviews met wijkteams en andere lokale partners kwam deze vraag steeds terug.
- Welke gezondheidsproblemen spelen er onder de nieuwe groepen vluchtelingen en welke extra zorg en begeleiding hebben ze nodig?
- Moeten we onze werkwijze aanpassen en hoe helpen we gezondheidsproblemen te voorkomen?
- Hoe zit het met de inschakeling van tolken?

Er wordt vaak ondersteuning en deskundigheidsbevordering gevraagd bij:

- Afstemming en overleg tussen alle partners in de keten van zorg, ondersteuning en preventie
- Cultuursensitieve communicatie met vluchtelingen
- Herkennen van trauma's en hoe ermee om te gaan
- Omgang met vluchtelingenkinderen op school
- Organiseren van voorlichting op een effectieve manier
- Omgaan met man-vrouwverhoudingen en opvoedingsvragen
- Seksualiteit, seksueel geweld en reproductieve gezondheid, en voorlichting daarover.

Gemeenten hebben behoefte aan goede voorbeelden rond toeleiding naar werk, samenwerking tussen gemeenten en bedrijven en voorbeelden van sociale activering.

3.2 Publieke Gezondheidszorg

In de publieke gezondheidszorg staat preventie en gezondheidsbevordering centraal. In de kamerbrief 'Betrouwbare publieke gezondheid' wordt aangegeven dat gemeenten en Rijksoverheid samen verantwoordelijk zijn voor de publieke gezondheid in Nederland (1). Bij het opstellen en uitvoeren van hun gezondheidsbeleid is het van belang dat gemeenten goed zicht hebben op de vergunninghouders en de specifieke aandacht die zij nodig hebben. Hoe is de samenstelling van deze groep, wat zijn de belangrijkste gezondheidsaspecten en welke interventies kan de gemeente inzetten?

Voor deze kennissynthese zijn interviews uitgevoerd met GGD-medewerkers, gemeenteambtenaren, professionals van VluchtelingenWerk, Rutgers, Movisie, GGD GHOR Nederland en het Trimbos-instituut. Uit deze interviews kwamen diverse aandachtspunten met betrekking tot publieke gezondheidszorg naar voren.

Wat is er al?

Op het moment dat vluchtelingen een vergunning tot verblijf in Nederland hebben gekregen, vallen ze onder de reguliere gezondheidszorg. De taken van gemeenten die voortvloeien uit de Wet publieke gezondheid zijn zeer relevant als het gaat om voorkomen van gezondheidsproblemen van vluchtelingen. Het gaat daarbij om:

- Uitvoering van preventieve ouderenzorg en jeugdgezondheidszorg
- Infectieziektepreventie en -bestrijding (incl. tuberculosescreening)
- Gezondheidsbevordering en preventie
- Organiseren preventienetwerken
- Monitoren, signaleren en evalueren

Deze taken worden deels door de GGD uitgevoerd en deels door andere organisaties. Gemeenten bepalen in overleg met de GGD en ketenpartners hoe de publieke gezondheidszorg voor vergunninghouders wordt georganiseerd en uitgevoerd (2). Er zijn dus lokale verschillen in de wijze waarop de publieke gezondheidszorg voor vluchtelingen gestalte krijgt.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is er voor alle gezinnen en is in Nederland goed geregeld. De JGZ wordt uitgebreid besproken in de paragraaf over preventie en zorg voor vluchtelingenjeugd.

Infectieziekte- en tuberculosebestrijding

Vluchtelingen hebben op een aantal infectieziekten meer risico. De GGD informeert en adviseert de gemeente en zorgverleners over infectieziekten bij vergunninghouders. De GGD voert ook de bron- en contactopsporing uit en nodigt vluchtelingen uit risicolanden voor tbc gedurende de eerste twee jaar na aankomst iedere zes maanden uit om zich te laten screenen. Vergunninghouders tot 25 jaar kunnen zich bij GGD SENSE poli's gratis laten onderzoeken op hiv en andere soa (2), (3). De screening van vluchtelingen wordt ingepast in de reguliere activiteiten van de GGD.

In Nijmegen wonen sinds najaar 2015 circa honderd jonge Eritrese vergunninghouders in een voormalige studentenhuisvesting. GGD Gelderland-Zuid biedt deze Eritrese jongeren onder andere trainingen over seksuele gezondheid. Dit betreft informatie over (de werking van) het lichaam, normen, waarden en omgangsvormen in Nederland. Verder screent de GGD de jongeren ieder half jaar op tbc gedurende twee jaar. De JGZ zorgt ervoor dat de jongeren tot 19 jaar hun vaccinaties ontvangen, ook als ze qua leeftijd niet meer in aanmerking komen voor JGZ. De GGD beantwoordt vragen van huisartsen en van vergunninghouders over infectieziekten. Een sociaal verpleegkundige infectieziektebestrijding gaat na overleg met de huisarts op huisbezoek en geeft uitleg over schurft, de behandeling, hygiëne en het wassen van beddengoed en kleding (2).

Gezondheidsbevordering en voorlichting

GGD'en geven voorlichtingsbijeenkomsten en cursussen aan vluchtelingen over thema's zoals overgewicht, voeding, roken, omgaan met psychische klachten en stress, hygiëne en infectieziekten, seksuele gezondheid, normen en waarden en anticonceptie (2). De mate waarin dit gebeurt wisselt per gemeente, afhankelijk van de beschikbare capaciteit. Ook andere organisaties geven voorlichting over een aantal van deze thema's.

GGD Groningen verzorgt workshops seksuele gezondheid tijdens de inburgeringscursussen. In de workshops wordt uitleg gegeven over de geslachtsorganen en seks, seksueel overdraagbare aandoeningen, anticonceptie en veilig vrijen. Verder komen de Nederlandse normen en waarden aan bod en hoe die verschillen van de normen en waarden in de landen waar de vluchtelingen vandaan komen. Seksuele opvoeding van kinderen in de westerse samenleving wordt ook besproken. Tijdens wijkevenementen in Groningen hebben vergunninghouders onder leiding van een GGD-professional een stand ingericht waar zij met wijkgenoten praten over anticonceptie, condoomgebruik, en verschillen tussen mannen en vrouwen (2).

Er zijn in Nederland in het verleden goede ervaringen opgedaan met voorlichting voor en door vluchtelingen, zoals in het project 'Gezond Talent' (4). Over de inzet van personen uit de doelgroep (peers) bij voorlichting zijn al lange tijd goede effecten beschreven (5). Hoe vaak vluchtelingen op dit moment worden ingezet bij voorlichting is niet bekend.

Er is een aantal interventies in de interventiedatabase van het Centrum Gezond Leven van het RIVM opgenomen die zich specifiek op vluchtelingen en asielzoekers richten. Hierbij twee voorbeelden:

Be InterACTive – vrouwen, sport met ons mee: deze interventie bestaat uit wandel- en hardlooptrainingen specifiek afgestemd op vrouwen die leven in een sociaal isolement. Doel is het verbeteren en versterken van de fysieke en mentale conditie en de sociale positie van vrouwen. In de praktijk zijn dit vaak migrantenvrouwen uit niet-westerse landen (6).

Cursus Vrouw en Gezondheid: deze interventie is bedoeld voor kwetsbare vrouwen met een vluchteling- of migrantenachtergrond. Na afloop van de cursus hebben de vrouwen meer kennis over het eigen lichaam/ de vrouwelijke anatomie, anticonceptie, positief opvoeden, een gezonde leefstijl en de werking van de JGZ. Vrouwen weten na de cursus dat geweld, zowel lichamelijk, als ook psychisch geweld, zoals dwang (o.a. dwingen tot seks of prostitutie), intimidatie en afpersing in Nederland strafbaar is. Vrouwen uit landen waar vgv voorkomt, krijgen informatie over de nadelige gevolgen van vrouwelijke genitale verminking. Vrouwen weten na de cursus waar ze indien nodig, hulp kunnen vragen. De cursus wordt gegeven door een voorlichter eigen taal en cultuur (7).

Preventienetwerken

De GGD kan samen met de gemeente lokale preventienetwerken versterken, bestaande uit huisartsen, verloskundigen, ziekenhuizen, sociale wijkteams, welzijnsorganisaties, scholen en sportaanbieders. Hiermee wordt het tijdig signaleren van problematiek versterkt en is de continuïteit van zorg, ondersteuning en preventie bij de overgang van COA-opvang naar gemeente in het vizier (2). Dit gebeurt wisselend aangezien de beschikbare capaciteit voor deze taak per GGD verschilt. Ook andere partijen nemen het initiatief tot dit type netwerken.

Aandachtspunten en knelpunten

- Tijdige opsporing infectieziekten: hoe eerder een actieve tuberculose ontdekt en behandeld wordt, hoe minder kans dat familieleden of de directe omgeving besmet worden. Alertheid op het ontdekken van tuberculose onder statushouders en hun familie is dus belangrijk. Vanwege de lange duur van de behandeling en de bijwerkingen van de medicatie is therapietrouw een uitdaging bij de behandeling van tuberculose. Vluchtelingen vormen een risicogroep voor chronische hepatitis B en C, die onbehandeld tot ernstige ziekte kunnen leiden. Omdat deze infecties lang symptoomloos zijn, kunnen zij alleen opgespoord worden door screening. Huisartsen dienen hierop alert te zijn. Een advies van de Gezondheidsraad hierop wordt binnenkort verwacht.
- Bereik gezondheidsbevordering en voorlichting: uit de interviews komt naar voren dat vanwege onbekendheid, taal- en andere barrières door vluchtelingen weinig gebruik wordt gemaakt van de reguliere gezondheidsvoorlichting en leefstijlinterventies. Onder geïnterviewde vluchtelingen met een achtergrond in de gezondheidszorg blijkt een grote bereidheid te zijn om bij te dragen aan voorlichting. Hier wordt tot op heden onvoldoende gebruik van gemaakt.
- Seksuele en reproductieve gezondheid: kennissynthese ‘Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning’ wijst uit dat een deel van de nieuwe groep vluchtelingen meer seksuele risico’s loopt en extra kwetsbaar is voor seksueel geweld, seksuele uitbuiting, ongewenste zwangerschap en soa/hiv dan andere groepen. Geïnterviewden geven aan dat het bespreekbaar maken van bovenstaande zaken nog lastig is.
- Bevorderen van een gezonde leefstijl: ter voorkoming van chronische ziekten en met name diabetes verdient voorlichting over een gezonde leefstijl, het terugdringen van overgewicht, verbetering van het voedingspatroon en het bevorderen van bewegen aandacht.

- Afstemming en samenwerking rond preventie: zoals eerder vermeld zijn netwerken van alle betrokkenen rond preventie en zorg aan vluchtelingen zeker niet in elke gemeente aanwezig. Hierdoor ontbreekt het soms aan overzicht wie wat doet op het gebied van voorlichting en gezondheidsbevordering en worden lacunes niet zichtbaar.
- Huisvesting: de gemeentelijke versnellingsarrangementen brengt een aantal risico's met zich mee rond de huisvesting van vluchtelingen, met name op het terrein van hygiëne (veel personen in kleine woonruimtes) en het optreden van incidenten op het sociale vlak. Dit vraagt om extra waakzaamheid vanuit de maatschappelijke begeleiding en GGD.
- Monitoring: bestaande monitoringssystemen, zoals de lokale en nationale monitor gezondheid, de monitor sociaal domein en de jeugdmonitor bieden op dit moment nog onvoldoende informatie over vluchtelingen; zij zijn als zodanig nu nog niet herkenbaar in diverse registratiesystemen. Dit is in het licht van signalering van gezondheidsrisico's en beleidsontwikkeling een gemis.

Wat is er nodig?

- **Voorlichting, tijdige screening en behandeling infectieziekten**

- **Vergroot het bereik en de effectiviteit van gezondheidsbevordering.** Sluit waar mogelijk aan bij activiteiten die op dit vlak al worden uitgevoerd in het kader van de lokale aanpak gezondheidsachterstanden. Benut de bereidheid van vluchtelingen die hier al langer wonen om bij te dragen aan deze activiteiten. De voorlichting dient te worden aangepast aan het vaak zeer lage opleidingsniveau van bepaalde groepen, onder andere onder Eritreeërs. Aanbevolen wordt om de werkwijze die gehanteerd wordt bij de preventie van vgv in te zetten, waarbij intensief samengewerkt wordt met zelforganisaties (8).

- **Neem als gemeente de regie** om partijen bij elkaar te brengen en afspraken te maken over wie wat doet aan vroegsignalering, gezondheidsbevordering en voorlichting. Betrek hierbij ook de informele (zorg)netwerken en sleutelfiguren binnen de wijk. Ook eventuele knelpunten die voortvloeien uit de huisvestingssituatie in kader van het versnellingsarrangement kunnen in dit overleg opgelost worden.

- **Monitor:** goede registratie en monitoring kan bijdragen aan betere preventie en adequaat handelen bij problemen. Extra inzet vanuit de GGD is daarbij nodig, maar ook een goede overdracht tussen organisaties bij de overgang van de opvang naar de gemeente.

Er zijn goede ervaringen met 'Geweld is niet gewoon. Ken uw recht - Zoek hulp' (9). Dit door Pharos en Movisie ontwikkelde voorlichtingspakket is bedoeld om op een laagdrempelige manier in gesprek te gaan over gender gerelateerd geweld met vluchtelingen en asielzoekers. Het pakket bestaat uit een handboek, filmpjes en een informatiefolder in zeven talen. Men krijgt informatie over wet- en regelgeving en hulpmogelijkheden. Voorlichters met een vluchtelingen-achtergrond zijn opgeleid om deze voorlichtingen te verzorgen. Ze werken daarbij samen met reguliere instanties, zoals Veilig Thuis.

De ervaringen van Rutgers met vadergroepen, zoals in het programma MenCare+, zijn veelbelovend, gezien de verbeterde relatie tussen mannen en vrouwen en afname van huiselijk geweld (10). In MenCare+ worden jongens en mannen uit hun eigen wijk bij elkaar gebracht om informatie uit te wisselen en zo nodig hun beeld bij te stellen over seksualiteit, relaties, vaderschap en het krijgen van kinderen.

Behoefte aan kennis en ondersteuning

Door verschillende instanties, waaronder GGD'en en Pharos, wordt al kennis gedeeld over de gezondheid van vluchtelingen. Ook is een e-learning ontwikkeld door GGD GHOR Nederland, NSPOH en Pharos waarin diverse aspecten van de gezondheid en gezondheidszorg aan vluchtelingen aan bod komen (11).
Veel mensen geven aan dat er behoefte is aan het delen van meer kennis en ervaringen op diverse terreinen. Vragen daarbij zijn bijvoorbeeld: hoe kunnen we de eigen kracht van vluchtelingen stimuleren?; hoe bespreken we lastige thema's zoals seksualiteit met jongere vluchtelingen?; hoe versterken we gezondheidsvaardigheden?

Alle geraadpleegde organisaties gaven aan behoefte te hebben aan snel vindbare cultuursensitieve voorlichtingsmiddelen en instrumenten voor de verschillende vluchtelingengroepen, liefst in eigen taal.

In bijna alle interviews werd de behoefte benadrukt om cultuursensitieve vaardigheden te onderhouden en te versterken. Uit de gesprekken komt naar voren dat men naast training ook behoefte heeft aan intervisie. Deskundigheidsbevordering op het gebied van versterken van gezondheidsvaardigheden is van belang omdat een deel van de vluchtelingen lage gezondheidsvaardigheden heeft.

Uit de gesprekken met GGD-medewerkers komt naar voren dat er bij vrijwilligers van VluchtelingenWerk informatiebehoefte is over infectieziekten, vanuit een zorg over besmetting.

Op het thema seksuele en reproductieve gezondheid is behoefte aan na- en bijscholing, kennisuitwisseling, tools en interventies en ondersteunend beeld- en voorlichtingsmateriaal (naar voorbeeld van www.zanzu.be) (12).

3.3 Preventie en zorg voor vluchtelingenjeugd

Met de indringende foto's van kinderen op de vlucht op ons netvlies zijn we geneigd al deze kinderen te zien als voor het leven getekend. De veerkracht van kinderen blijkt echter groot. Verreweg de meeste van hen redden het goed, slechts een deel raakt of is beschadigd en heeft extra hulp nodig, zo blijkt uit Kennissynthese 'Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning'. De gezondheid en het welbevinden van ouders, een stabiele en steunende woon- en schoolsituatie zijn de belangrijkste beschermende factoren voor kinderen. Bovenstaande laat onverlet dat vluchtelingenkinderen grotere risico's lopen en een verhoogde kans hebben op psychosociale problemen en op mishandeling. Het is daarom van belang om deze kinderen vroegtijdig in beeld te hebben en sterk in te zetten op factoren als sociale steun, het welzijn van de ouders, cohesie binnen het gezin en een positieve schoolervaring. Daarmee kunnen veel problemen voorkomen worden (1).

Juist dat vroegtijdig in beeld hebben, preventie, versterken van eigen opvoedvaardigheden, eigen kracht van gezinnen en integraal werken, staan in de transitie van de jeugdzorg centraal. Dit zijn ook belangrijke voorwaarden in het goed ondersteunen van nieuwkomende vluchtelingen, die als ouder opnieuw hun weg moeten vinden in een omgeving die zo anders is dan waar men vandaan komt. Een adequaat functionerende keten, die aansluit op de behoefte van vluchtelingen en maatwerk levert waar nodig, is van belang.

Voor dit onderdeel is gesproken met wijkteams, JGZ professionals, GGD GHOR Nederland en Rutgers, LOWAN en leerkrachten.

School

Wat is er al?

Kinderen willen zo snel mogelijk weer gewone kinderen worden. Naar school gaan helpt daar enorm bij. Een positieve en veilige schoolervaring helpt kinderen de draad weer op te pakken, ondanks alles wat ze achter de rug hebben. We weten dat dit het risico op sociaal-emotionele problemen reduceert.
Het onderwijs voor vluchtelingenkinderen en andere nieuwkomers wordt in Nederland met name georganiseerd vanuit de eerste-opvangscholen (basisonderwijs) en de Internationale Schakelklassen (ISK) (voortgezet onderwijs). Soms gaan kinderen direct naar een reguliere basisschool. Veel eerste-opvangscholen hebben jarenlange ervaring met het opvangen van nieuwkomerskinderen. LOWAN is de landelijke organisatie die deze scholen hierbij ondersteunt, Pharos werkt al jaren samen met LOWAN.

Pharos heeft met 'FC de Wereld' en 'Welkom op School' methoden ontwikkeld voor zowel het basis- als het middelbaar onderwijs. Deze methoden stimuleren een gezonde sociaal- emotionele ontwikkeling van nieuwkomerskinderen. Voor de jongste kinderen zijn er de minder talige methoden 'Applaus voor jezelf' en 'Laat maar zien wie je bent'. De publicatie 'Nou... Dag maar weer' geeft leerkrachten praktische handvatten om asielzoekerskinderen te ondersteunen bij

het afscheid nemen in de klas. Augeo heeft een e-learning ‘Steun bieden aan vluchtelingenkinderen’ ontwikkeld voor leerkrachten. Het zou goed zijn als deze materialen nog breder worden ingezet om vluchtelingenkinderen optimaal te begeleiden bij hun schoolloopbaan.

De Gezondheidsraad geeft aan dat cognitieve gedragstherapie op school symptomen van PTSS en depressie kan verminderen (2), (3). Voor ouders zou therapie via school laagdrempeliger en meer acceptabel zijn dan via een ggz-instelling.

Ook voor peuters geldt dat een veilige omgeving met een duidelijke structuur van groot belang is voor hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Praktijkervaring leert dat vluchtelingpeuters die een voorschoolse voorziening hebben bezocht, veel makkelijker instromen in de basisschool (4). De PO-raad (koepel van basisscholen) en de MO-groep (peuterspeelzalen) bepleiten dat peuters naar een peuterspeelzaal gaan: de kinderen hebben volgens hen dan minder kans op een taalachterstand en zijn beter gewend om met andere kinderen om te gaan (5).

Veel scholen zijn een Gezonde School en promoten gezond eten en voldoende bewegen. Vluchtelingenkinderen hebben een risico op overgewicht. Het is dus goed dat zij van deze Gezonde School-aanpak kunnen profiteren.

Aandachtspunten en knelpunten

- Door de verhoogde instroom van vluchtelingen is de druk op de (opvang)scholen enorm gestegen. LOWAN maakt zich zorgen omdat het in een aantal gevallen niet lukt om de kinderen snel van onderwijs te voorzien. Het recente rapport van de Kinderombudsman bevestigt dit: veel vluchtelingenkinderen krijgen niet het onderwijs waar ze recht op hebben door een gebrek aan huisvesting en ervaren personeel (6).
- Er zijn met name zorgen over Somalische en Eritrese kinderen die binnenkomen met een enorme achterstand in het basisonderwijs of die als 16- of 17-jarige instromen. Velen van hen dreigen nooit een startkwalificatie te halen. Jongeren die 16 of 17 jaar zijn en in een internationale schakelklas terechtkomen, stromen meestal niet meer door naar het reguliere onderwijs. Zij verlaten de school dus zonder middelbareschooldiploma (6). AMV’s die meerderjarig worden verhuizen vaak naar een ander AZC en kunnen hun opleiding dan vaak niet afmaken. Dat heeft volgens enkele respondenten zichtbaar negatieve gevolgen voor hun psychische gezondheid.
- Niet alle medewerkers van peuterspeelzalen en scholen beschikken over de nodige vaardigheden om goed met vluchtelingenkinderen en hun ervaringen om te gaan. Het al dan niet bespreekbaar maken van nare ervaringen en geweld roept veel vragen op bij leerkrachten. Syrische ouders die wij interviewden maken zich zorgen over de effecten van het bespreken van geweldservaringen.

Jeugdgezondheidszorg

Ouders willen graag zo snel mogelijk weer gewone ouders zijn. Uit jarenlange ervaring weet Pharos dat er veel vragen leven over opvoeden in Nederland. Ondersteuning hierbij kan aangereikt worden via reguliere voorzieningen als de jeugdgezondheidszorg, wijkteams en andere vormen van opvoedondersteuning en jeugdhulp.

Wat is er al?

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is er voor alle gezinnen en is in Nederland goed geregeld. De JGZ monitort de groei en ontwikkeling van alle kinderen, vaccineert, geeft voorlichting en adviseert de ouders. Dat het om een organisatie gaat voor alle kinderen in Nederland wekt bij nieuwkomende ouders vaak vertrouwen.

In meerdere regio's gaat de JGZ op huisbezoek wanneer een vluchtelingengezin zich vestigt in de gemeente. Doel hiervan is kennis te maken met het kind en het gezin en te zien hoe het met hen gaat, een beeld te krijgen van de gezinssamenstelling en de woonsituatie (7). De JGZ kan na zo'n eerste huisbezoek alle kinderen met hun ouders uitnodigen voor een uitgebreid onderzoek op het bureau, ook buiten de reguliere contactmomenten om. Er wordt dan vastgesteld of er sprake is van extra zorgbehoefte en er worden eventueel inhaalvaccinaties gegeven.

Vluchtelingenkinderen hebben vaak een periode gekend waarin weinig tot geen aandacht was voor preventieve gezondheid en mondzorg. Er zal dan sprake zijn van een inhaalslag zodra men in Nederland is.

In Noord-Limburg heeft de JGZ preventieve consulten voor nieuwkomende kinderen op school uitgevoerd. Dat bleek goed te werken. Ouders kennen de weg naar school. De leerkrachten en JGZ-medewerkers wisten elkaar vanaf dat moment goed te vinden.
Voor dit soort situaties kan de JGZ gebruikmaken van een speciaal voor nieuwkomers ontwikkelde uitgebreide intake (7). Ook de Samen Starten-app is goed bruikbaar, waarmee de (gezondheids)situatie van het kind systematisch in beeld gebracht kan worden.

De JGZ biedt tijdens contactmomenten waar nodig opvoedondersteuning. Ouders komen binnen met andere normen over opvoeding, over de verhouding tussen meisjes en jongens en tussen ouders en kinderen. Een open en cultuursensitieve benadering die tegelijkertijd duidelijk is over de kaders in Nederland is hierbij nodig (gendergelijkheid, opvoeden zonder geweld, rechten van kinderen). Pharos heeft eerder een opvoedondersteuningscursus gemaakt voor Somalische ouders onder de titel: 'Je wilt je kind niet kwijtraken' (8). De ervaring hiermee is dat je met een open benadering en dialoog ouders een stuk verder kunt helpen. Deze cursus is met enige aanpassing ook geschikt te maken voor Eritrese ouders.

Praktijkvoorbeeld: Laagdrempelige opvoedondersteuning op maat door SOVEE/Amersfoort
In Amersfoort gaan opvoedondersteuners, vaak zelf met een migrantenachtergrond, maximaal vijf keer bij een vluchtelingengezin met een kind tussen 0 en 18 jaar langs. Zij geven informatie over voorzieningen als de peuterspeelzaal, bibliotheek, scholen en zorgvoorzieningen gaan daar zo nodig samen met de ouders naar toe. Ze maken ouders bekend met positief opvoeden en maken hen wegwijs in de stad. Ze gaan hierbij uit van de eigen kracht en sluiten aan bij waar ouders behoefte aan hebben.
Na de vijf bezoeken leiden ze hen naar een collectief aanbod zoals het Mamacafé, de Voorlees-expres of het Taalcafé. De gezinnen worden aangemeld door de JGZ of wijkteams. Bij ernstige problemen verwijzen de opvoedondersteuners naar het wijkteam. De gemeente is financier, kosten zijn ca 40.000 euro voor 40 gezinnen, voor ca 12 uur per gezin.
Resultaten: veel ouders krijgen meer energie, zijn vrolijker en geven hun kinderen meer positieve aandacht, volgens de opvoedondersteuners. Ouders werden onder meer toegeleid naar een buiten-speel-o-theek, een taalcursus, een naaicursus, een vrouw- en kindcentrum, intensieve opvoedondersteuning, de kerk en de voedsel- en kledingbank (9).

Aandachtspunten en knelpunten

- De JGZ wordt in principe opgestart gedurende de asielprocedure. Door de vele verhuisbewegingen is de overdracht van JGZ-dossiers soms een probleem (10), (11) (12). Soms komen kinderen daardoor niet of laat in beeld. Er zijn al initiatieven om dit beter te organiseren.
- De aantallen en de inhaalzorg voor vluchtelingenkinderen zorgen voor een verhoogde druk op de JGZ. Het nagaan of kinderen gevaccineerd zijn, is soms een hele puzzel (11) (12). De achterstallige zaken in ontwikkeling en gezondheid, uitgebreide intakes, het scheppen van vertrouwen en de vele vragen die vluchtelingengezinnen hebben, kosten bij de JGZ extra tijd en consulten. Er blijft niet altijd voldoende tijd over voor voorlichting, terwijl juist deze heel belangrijk is, zeker bij vluchtelingen met beperkte gezondheidsvaardigheden.
- Diverse geïnterviewden wezen erop dat in veel gemeenten laagdrempelige opvoedondersteuningsprogramma’s de laatste jaren zijn wegbezuinigd. Voor veel vluchtelingengezinnen zijn deze echter hard nodig.
- In 2014 concludeerde de IGZ dat het bereik van de JGZ onder bijzondere groepen kinderen (zoals kinderen van immigranten, kinderen die veel verhuizen) onvoldoende is (13). Het is voor het slagen van preventie van gezondheidsproblemen bij nieuwkomers van belang dat dit bereik vergroot wordt. Hierbij is initiatief, creativiteit en doorzettingsvermogen nodig: Vluchtelingengezinnen komen niet altijd op basis van een uitnodigingsbrief. Dat de JGZ gratis is, is niet bij alle nieuwkomers bekend.
- De afwezigheid van een tolkvergoeding kaarten instanties aan als een probleem.

Jeugdhulp

Juist in het jaar dat gemeenten verantwoordelijk werden voor de jeugdhulp kregen ze te maken met de verhoogde instroom van vluchtelingen. Dat stelt hen voor de opgave om ervoor te zorgen dat de nieuwe jeugdhulp van meet af aan ook goed werkt voor vluchtelingenkinderen.

Wat is er al?

In veel gemeenten bieden wijkteams laagdrempelige jeugdhulp. Indien nodig verwijzen zij door naar specialistische hulp. Vluchtelingenkinderen en -jongeren kunnen op deze voorzieningen terugvallen. Zij hebben meer kans op psychosociale problemen en kunnen dan ook gebaat zijn bij laagdrempelige vormen van jeugdhulp. In Kennissynthese 'Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning' is aangegeven dat vluchtelingengezinnen minder snel uit zichzelf naar een wijkteam zullen stappen. Een outreachende aanpak is nodig en tevens een goede samenwerking met school, de JGZ, de huisarts en vrijwilligers voor tijdige signalering. Voor gezinnen met veel problemen is er de methode 'Goed ouderschap in moeilijke tijden,' bedoeld om ouders te ondersteunen en hun veerkracht te versterken (14). Het programma wordt in samenwerking met lokale organisaties aangeboden.

In de specialistische jeugdhulp is de beweging gaande naar een meer flexibele inzet van zorg, kortdurende interventies variërend in zwaarte en snel in te zetten ambulante begeleiding. Een deel van de nieuwe groepen vluchtelingenkinderen en jongeren zal hier naar verwachting gebruik van gaan maken vanwege de verhoogde kans op psychische klachten.

In gemeenten waar afspraken zijn over outreachend werken en de ketensamenwerking in de jeugdhulp goed loopt, worden vluchtelingengezinnen met problemen eerder bereikt.
Zo worden in Utrecht vluchtelingengezinnen met problemen via een goede samenwerking met de scholen, JGZ, en huisartsen, tijdig doorverwezen naar de wijkteams.

In gemeenten en wijken waar veel niet-westerse migranten wonen, hebben wijkteams en andere jeugdhulpverleners al veel ervaring in het werken met mensen met een andere achtergrond en cultuur. Zij werken vaak al outreachend, onderhouden contacten met sleutelfiguren en zelforganisaties en regelen ondersteuning vanuit de gemeenschap als er met jongeren iets mis dreigt te gaan.
Bij deze relatief ervaren professionals bestaat wel grote behoefte aan kennis en informatie over de huidige vluchtelingengroepen: wie zijn ze, wat moeten we weten, wat zijn de risico's?

Aandachtspunten en knelpunten

- Veel migranten en vluchtelingen spreken weinig in termen van psychische gezondheid. Men is gewend om ondersteuning binnen de familie te zoeken. Voorlichting en een cultuursensitieve proactieve benadering kunnen hierbij helpen.
- Wijkteams geven aan onvoldoende kennis en informatie over de achtergrond van de hui- dige vluchtelingengroepen te hebben. Ze hebben behoefte aan goed ketenoverleg met partners en de gemeente.
- Veel wijkteams zitten nog midden in de transitie en transformatie. Hun workload is op veel plekken zodanig dat outreachend en preventief werken naar vluchtelingen erbij inschiet. Dat vraagt om een oplossing, zeker omdat we willen voorkomen dat vluchtelingenjongeren pas hulp zoeken als problemen al verergerd of geëscaleerd zijn. Dat beeld zien we al jaren bij niet-westerse migranten, die ondervertegenwoordigd zijn in lichte vormen van hulp en oververtegenwoordigd in de zware (15). De specialistische vormen van jeugdhulp staan eveneens voor de uitdaging de vluchtelingenjeugd en hun ouders adequaat te ondersteunen met minder zware vormen van begeleiding, zodat niet 'opgeschaald' hoeft te worden naar de zwaardere jeugdzorg of kinderbeschermingsmaatregelen.

- Ondanks het feit dat op veel plekken al veel expertise is opgedaan in het werken met nieuwe Nederlanders, ervaren andere jeugdhulpprofessionals (zeker in kleinere gemeenten) dit niet als eenvoudig. Meerdere voor deze kennissynthese geïnterviewden gaven aan dat kennis en vaardigheden van (zeker nieuwe en nog onervaren) medewerkers in cultuursensitief werken versterking behoeven en onderhouden moeten worden. Ook bijzonder hoogleraar Trees Pels en de Gezondheidsraad benadrukken dit (16), (2),(3).

Specifieke risico's: kindermishandeling, vgv en seksuele gezondheid

Vluchtelingenkinderen hebben een verhoogde kans op kindermishandeling en de jongeren hebben weinig kennis over seksuele en reproductieve gezondheid en hebben een verhoogde kans op tienerzwangerschappen. Onder bepaalde nieuwkomergroepen bestaat het risico op vrouwelijke genitale verminking (vgv). Extra aandacht voor deze thema's is nodig.
Vanaf 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de aanpak van kindermishandeling en daarmee ook van vgv. De GGD is de aangewezen partij om verdere preventie en zorg rondom de specifieke risico's in gemeenten te coördineren. Meerdere partijen zijn betrokken bij de uitvoering.
Wat betreft de seksuele en reproductieve gezondheid is twee jaar geleden de JGZ-richtlijn 'Seksuele ontwikkeling 0-18 jaar' ontwikkeld, maar deze is onvoldoende toegespitst op de nieuwkomers. Er is te weinig aandacht voor de wijze waarop je dit onderwerp bespreekbaar maakt met mensen uit een cultuur waarin niet of nauwelijks over seksualiteit gesproken wordt. Het is de vraag of alle JGZ-professionals jongeren hierop durven te bevragen en te ondersteunen, en of zij ook ouders durven aanspreken op hun rol in de seksuele opvoeding.

Specifieke risicogroep: alleenstaande minderjarige vluchtelingen (AMV's)

Minderjarigen die zonder ouders in Nederland verblijven, AMV's, hebben meer kans op psychische problemen (3). We weten uit onderzoek dat deze groep, en met name de meisjes, erg kwetsbaar is. De praktijk bevestigt die zorgen. NIDOS is de organisatie die de voogdij voert over het grootste deel van de AMV's. Zij maken zich zorgen over de aansluiting van deze groep op de Nederlandse samenleving. Met name over de Eritrese AMV's, die meer dan andere te maken hebben gehad met (seksueel) geweld. Er zou voor deze groep veel meer op preventie ingezet moeten worden, onder andere via psycho-educatie en het zorgen voor een gestructureerd dagritme. Het inzetten van sleutelpersonen en jeugdbeschermers met een vergelijkbare achtergrond lijkt hierbij succesvol.

Een andere groep die extra aandacht behoeft zijn de jongvolwassenen: boven de 18 jaar raken zij vaak uit beeld. Met name over de Eritrese groep zijn zorgen, ook vanwege hun doorgaans lage opleidingsniveau (10).

Wat is er nodig?

Algemeen

- **Investeer in preventie:** investeer voldoende in preventie en de lichte vormen van hulpverlening, zodat de belofte van de transformatie in de jeugdzorg wordt waargemaakt, ook voor vluchtelingengezinnen: voorkomen van problemen bij opvoeden en opgroeien gaat zorg(kosten) schelen. Voorzie in mogelijkheden van opvoedondersteuning, dat helpt bij de integratie.
- **Betrek vluchtelingenouders:** betrek ouders en hun kinderen van meet af aan actief bij zaken die met opvoeding, onderwijs, voorlichting, welzijn, gezondheid en problemen van hun kinderen te maken hebben. Ga met ze in gesprek.
- **Informeer ouders over voorzieningen:** verspreid informatie over alle voorzieningen voor de jeugd in Nederland, van zorg op school tot Veilig Thuis. Overleg met hen hoe dit het beste te doen, onder andere via hun eigen Facebook-sites.
- **Zorg als gemeente voor samenwerking rond ouders en kinderen:** draag zorg voor een goede (lokale en/of regionale) samenwerking rondom ouders en kinderen, waarin naast scholen, JGZ, wijkteams en gespecialiseerde hulp ook vrijwilligers, VluchtelingenWerk en zelforganisaties/vluchtelingen zelf deelnemen. Laat deze groep regelmatig bijeenkomen om de ondersteuning af te stemmen en knelpunten en eventuele behoeften aan bijscholing te signaleren. Blijf de samenwerking stimuleren met extra aandacht voor opvoedvragen en kindermishandeling.
- **Houd risicogroepen in het vizier:** breng risicogroepen gezamenlijk goed in beeld en bespreek wat er nodig is met henzelf en in het ketenoverleg. Alertheid op en preventie van vgv is een vereiste bij de Eritrese groep.
- **Stimuleer voorlichting over ‘moeilijke’ onderwerpen:** draag zorg voor individuele en groepsvoorlichting over gendergelijkheid, kindermishandeling, seksuele en reproductieve gezondheid, seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking. Zet hierbij sleutelpersonen van vluchtelingen in

School

- **Alle kinderen naar school:** zorg ervoor dat alle kinderen naar school gaan en dat de school voldoende is toegerust om sociale veiligheid en (extra) ondersteuning en zorg te bieden of ernaar te verwijzen.
- **Benut de school voor samenwerking met ouders:** gebruik waar nodig de school om met ouders in contact te komen, ook rondom gezondheid van hun kinderen. Uit gesprekken met Rutgers en het Trimbos-instituut komt naar voren dat bij gezondheidsvoorlichting en bespreken van gevoelige thema’s zoals seksualiteit, de ouders betrokken moeten worden.
- **Risicojongeren in beeld:** besteed extra aandacht aan met name Somalische en Eritrese kinderen/jongeren die binnenkomen met een grote achterstand in het onderwijs en aan AMV’s.

JGZ

- **Alle kinderen in beeld:** draag er zorg voor dat alle vluchtelingenkinderen na vestiging snel in beeld komen bij de JGZ en dat de gemeente de JGZ adequaat inseint als er vluchtelingenkinderen in de gemeente komen wonen. Monitor of de JGZ daadwerkelijk alle kinderen bereikt.
- **Goede overdracht:** zorg voor een adequate én snelle overdracht van de gegevens die al verzameld zijn over het kind/gezin, bijvoorbeeld tijdens de opvang. Zorg op landelijk niveau voor vaccinatiegegevens zodat de JGZ snel kan vaststellen of een kind voldoende gevaccineerd is.
- **Voldoende capaciteit:** zorg dat de JGZ voldoende capaciteit heeft voor een inhaalslag bij deze kinderen én voor voorlichting en preventie.
- **Stimuleer kennisuitwisseling:** tussen de JGZ-professionals uit opvanglocaties en in de wijk.

Jeugdhulp

- **Taboes:** help het taboe op psychische problemen bij ouders en kinderen doorbreken door op een open wijze met hen in gesprek te gaan.
- **Kerntaak wijkteams:** regel dat praktische zaken die met wegwijs in de samenleving te maken hebben niet allemaal bij de wijkteams terechtkomen en zorg dat de wijkteams en andere laagdrempelige voorzieningen voldoende ruimte c.q. capaciteit hebben om outreachend en preventief te werk te gaan.
- **Kennis:** zorg dat wijkteams en specialistische vormen van jeugdhulp kennis hebben over de achtergrond van vluchtelingenkinderen en hun ouders en sensitief zijn voor wat veel van hen hebben meegemaakt.

Behoefte aan kennis en ondersteuning

Veel geïnterviewden geven aan behoefte te hebben aan achtergrondinformatie over de nieuwe instroom van vluchtelingen en de gezondheidsrisico's bij vluchtelingenjongeren.

Daarnaast bestaat er op scholen behoefte aan duidelijkheid over hoe om te gaan met kinderen die getraumatiseerd lijken te zijn en met geweldservaringen, op een sensitieve wijze die rekening houdt met een andere achtergrond.

Het bespreekbaar durven maken van moeilijke onderwerpen zoals seksualiteit en middelengebruik is volgens vele geïnterviewden lastig. Men heeft behoefte aan handvatten en training hierop.

Een deel van de professionals geeft aan behoefte te hebben aan training in cultuursensitieve vaardigheden en communicatie, goede voorbeelden en digitaal voorlichtingsmateriaal over lastige onderwerpen.

3.4 Huisartsenzorg en medisch specialistische zorg

Vluchtelingen hebben, net als iedereen, huisartsenzorg en medisch specialistische zorg nodig die toegesneden is op hun specifieke omstandigheden en die persoonsgericht is (1). Die specifieke omstandigheden bij vluchtelingen betreffen de taalbarrière, verschil- len in achtergrond en referentiekader, geringe kennis van het Nederlandse zorgsysteem en, soms, beperkte gezondheidsvaardigheden. Vluchtelingen hebben een verhoogde kans op stress gebonden klachten, psychische problemen, bepaalde infectieziekten, diabetes en reproductie gerelateerde problematiek (2), (3).
Effectieve medische zorg en preventie houden hier dus rekening mee (4), (5). Hierbij wordt ook van artsen een actieve en integrale benadering verwacht (6), mede gericht op het versterken van de veerkracht en eigen regie van vluchtelingen (7). Actief omdat vluchtelingen veelal zelf nog niet de weg kennen in de zorg. Integraal omdat ook andere domeinen van invloed zijn op de gezondheid (8), (9), (10), (11).

Wat is er al

Bovengenoemde benadering past goed binnen de huisartsenzorg vanwege het laagdrempelige, persoons- en gezinsgerichte karakter. De aandacht voor een proactieve, brede benadering samen met partners op het gebied van preventie en welzijn neemt de laatste jaren toe (12). Ook internationaal nemen huisartsen nadrukkelijk verantwoordelijkheid voor het leveren van zorg van hoge kwaliteit aan vluchtelingen in Europa (13).

De benodigde specifieke kennis is in beginsel voor handen, door de aandacht voor etnische en culturele gezondheidsverschillen in de professionele richtlijnen voor huisartsen (NHG-standaarden en in de opleiding en nascholing voor (huis-)artsen). Ook is er ondersteuning voor (huis)artsen bij hun zorg aan vluchtelingen en andere migranten, zoals via de website www.huisarts-migrant.nl en diverse instrumenten.
Voor de ziekenhuiszorg zijn de kernelementen bekend van effectieve zorg voor niet- westerse migranten. In de Pharos publicatie ‘Ziekenhuiszorg voor migranten’ is een lijst opgenomen van interventies die te gebruiken zijn bij de verbetering hiervan (14). Diverse ziekenhuizen besteden expliciet aandacht aan de afstemming van hun zorg op vluchtelingen en andere migranten (Slotervaartziekenhuis, Lucas Andreas, VU medisch centrum, AMC, Radboudumc) (14).

Daarnaast zijn (internationale) richtlijnen beschikbaar, specifiek gericht op de zorg aan vluchtelingen en/of andere migranten. De ‘Kwaliteitsnorm tolkgebruik anderstaligen in de zorg’ is opgesteld door medische beroepsorganisaties en de patiëntenfederatie NPCF. Deze kwaliteitsnorm schetst de zorginhoudelijke en wettelijke kaders voor goede communicatie en het gebruik van professionele tolken (15). Canadese richtlijnen verschaffen evidence based informatie over de diagnostiek en behandeling van veel voorkomende ziekten en psychosociale problemen bij vluchtelingen (16), (17). Tot slot zijn er de richtlijnen in ontwikkeling van het European Centre for Disease Prevention and Control (18) en de WHO Equity standards voor Migrant Friendly Hospitals (19).

Ondanks het bovenstaande voelen niet alle huisartsen en medisch specialisten zich op dit moment voldoende toegerust om de gewenste zorg te leveren aan de huidige vluchtelingen. Bij de knelpunten gaan we hier verder op in.

In de praktijk zijn er diverse goede voorbeelden van initiatieven om de zorg voor vluchtelingen en migranten te verbeteren.

De buddy pool van het Radboudumc bestaat uit vrijwilligers met een migrantenachtergrond, waaronder een aantal vluchtelingen. Zij spreken naast hun moedertaal ook goed Nederlands en zijn bekend met de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg en de gang van zaken binnen het Radboudumc. De buddy verstrekt geen medische informatie maar is er puur voor de praktische zaken, zoals de weg vinden binnen de gezondheidszorg en het bieden van een luisterend oor. Ook onderneemt de buddy activiteiten met de patiënt. De buddy's melden dat zij vaak heftige verhalen van vluchtelingen uit Syrië en Eritrea aanhoren, waar tijdens een consult met een medisch specialist geen ruimte voor is.

Voorbeelden:

- Een 35 jarige hoogopgeleide Syrische man die de burgeroorlog en reis naar Europa overleeft en vervolgens opgenomen wordt in Radboudumc met maagkanker in een vergevorderd stadium. De buddy pool zorgt voor extra aandacht en een luisterend oor tijdens de ziekenhuisopname.
- Een jonge Eritrese vrouw van 19 die zwanger is en bang om te bevallen in een vreemd land, zonder contacten met landgenoten. Door de buddy pool wordt ze in contact gebracht met een landgenoot die niet alleen tijd en aandacht voor haar heeft, maar ook praktisch kijkt naar wat nodig is (kleding e.d.).

In Zwolle verzorgde Pharos nascholingen voor huisartsen en praktijkondersteuners (POH'ers), specifiek gericht op vluchtelingen. Huisartsen en POH'ers kregen daar vier intensieve trainingen in de eigen praktijk over de zorg aan migranten en vluchtelingen. Aandacht werd besteed aan houding, werken met tolken en laaggeletterden, een brede intake, kennis van specifieke problemen en de sociale kaart. De nascholing heeft er toe geleid dat er uitgebreide intakes gehouden worden bij vluchtelingen door de POH.

Huisartsen worden ondersteund bij behandeling van Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Dit zijn vaak stress gerelateerde klachten die bij vluchtelingen frequent voorkomen. In samenwerking met het NHG heeft Pharos een handreiking ontwikkeld en een training (20).

Aandachtspunten en knelpunten

- Uit internationaal en nationaal onderzoek is bekend dat vluchtelingen en andere niet-westerse migranten barrières ondervinden in de toegang tot (goede kwaliteit van) zorg. Dit betreft individuele barrières, zoals minder goede gezondheidsvaardigheden, taalbarrière, onbekendheid met het Nederlandse zorgstelsel en het als referentiekader houden van het zorgsysteem in eigen land. Daarnaast spelen financiële drempels en gebrek aan sociale steun een rol (21), (22).
  Aan de kant van de aanbieders speelt een gebrek aan kennis en vaardigheden bij professionals een rol, waardoor de zorg minder goed aansluit bij behoeften van vluchtelingen/migranten (1), (11), (23), (24), (25), (26), (27), (28), (29), (30).
  Dit alles kan leiden tot een minder effectief zorg- en medicatiegebruik en zelfmanagement. Voorbeelden hiervan zijn een slechtere regulering van diabetes en een verhoogd gebruik van specialistische ziekenhuiszorg (14).
- Met name de taalbarrière speelt een belangrijke rol in de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg (31), (32), (33), (34), (35), (36). In vele publicaties en in alle gesprekken met experts wordt hierop gewezen. Ondanks het bewezen gunstig effect op de kwaliteit van zorg en op de kosteneffectiviteit (37), (38) schakelen artsen, sinds de afschaffing van de financiële vergoeding voor de inzet van tolken (39), (40) nog maar zelden een professionele tolk in.
- Zowel uit nationaal als uit internationaal onderzoek is bekend dat veel artsen beter toegerust willen zijn voor de zorg aan vluchtelingen (26), (27), (34), (41). Veel artsen in Nederland zijn inmiddels bijgeschoold in cultuursensitieve zorgverlening, maar dat geldt niet voor alle artsen.

Deze uit onderzoek en literatuur blijkende knelpunten kwamen ook terug in gesprekken die Pharos voerde met Syrische vluchtelingen en met huisartsen (o.a. vertegenwoordigers van het NHG, de LHV en een POH-ggz). Ook kwamen deze knelpunten naar voren bij een behoeftepeiling tijdens een nascholing van 30 huisartsen en 99 huisartsen in opleiding en bij mensen die we spraken uit de wereld van ziekenhuizen. In het Radboudumc is tijdens een bijeenkomst ook een peiling gehouden onder 80 artsen en verpleegkundigen.
Geïnterviewden zien als belangrijkste aandachts- en knelpunten:

- Onbekendheid met en het niet begrijpen van het zorgsysteem, het fenomeen huisarts, de noodzaak van een verwijzing en het vaak ontbreken van een warme overdracht.
- Sommige geinterviewden gaven aan dat in de noodopvang en pre POL de volgens het RZA te leveren zorg niet altijd en tijdig geboden wordt.
  Daarnaast laten vluchtelingen tijdens medische intakes niet altijd het achterste van hun tong zien uit angst dat men niet in Nederland wordt toegelaten. Ook dat kan er volgens geinterviewden toe leiden dat er niet tijdig zorg wordt ingezet.
- Consulten duren vaak veel langer door de noodzaak tot vertalen, het achterhalen van achtergrondinformatie van de vluchteling en de noodzaak om veel uitleg te geven over de organisatie van de zorg. Tijdens deze consulten worden artsen regelmatig geconfronteerd met een achterstand in zorg voor chronische aandoeningen en in ontwikkeling van kinderen (o.a. onder invloed van de oorlogssituatie) en met ondergebruik van preventieve zorg. Vluchtelingen zelf geven aan behoefte te hebben aan artsen die begrijpen wat ze hebben meegemaakt.

- Onvoldoende inzet van professionele tolken ook wanneer die echt onmisbaar zijn. De LHV wordt regelmatig gebeld door huisartsen die de kosten voor tolken niet in verhouding vinden met de vergoeding voor een consult. Ook ziekenhuizen worstelen hiermee.
- Te lang moeten wachten op het overdrachtsdossier vanuit GC A, waarschijnlijk als gevolg van de overbelasting van het GC A de laatste maanden. Gebrek aan continuïteit van zorg doordat verhuizing naar de gemeente niet altijd aangekondigd wordt of bekend gemaakt wordt aan de behandelend specialisten.
- Gewezen is ook op de invloed van de asielprocedure op de gezondheid van al kwetsbare en ernstig zieke vluchtelingen. Door regelmatige overplaatsing gaat de continuïteit van zorg en behandeling verloren. Veel respondenten maken zich zorgen over de weer toenemende duur van de procedures en het negatieve effect dat dat zal hebben op de gezondheid van vluchtelingen. Zij hebben behoefte aan goede afstemming met de IND.

Wat is er nodig?

- **Inzet tolken:** vergoeding voor de inzet van professionele tolken daar waar nodig volgens de Kwaliteitsnorm, wordt door alle geraadpleegde professionals en beroepsorganisaties als eerste en meest belangrijke aanbeveling genoemd (15). De aanbeveling van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om tolken in te zetten bij zwangere asielzoekers geldt ook onverkort wanneer vluchtelingen in gemeenten komen wonen (42).

- **Rol huisarts:** zorg voor voorlichting aan nieuwkomers over het gezondheidszorgsysteem in Nederland, met name over de rol van de huisarts, de doktersassistente, medicatie - en verwijsbeleid. Zie verder paragraaf over publieke gezondheidzorg.

- **Tijd consulten:** er moet een antwoord komen op de door huisartsen genoemde noodzaak van extra tijd voor consulten bij vluchtelingen.

- **Goede overdracht**: zorg voor adequate en snelle overdracht van medische gegevens naar huisartspraktijken vanuit het GC A, de GGD en behandelend specialisten bij de overgang van de opvang naar de gemeente. Speciale aandacht wordt gevraagd voor continuïteit van zorg bij de overgang naar de gemeenten.

- **Aandacht voor kwetsbaren:** houd tijdens de asielprocedure en daarna meer rekening met kwetsbare en ernstig zieke vluchtelingen en gevolgen ervan voor hun gezondheid op langere termijn.

- **Integraal werken huisartsen:** in het kader van een integrale aanpak willen huisartsen en POH'ers graag informatie over verwijsmogelijkheden voor activering, taalles en vrijwilligerswerk.

Behoefte aan ondersteuning en aanvullende kennis

Zowel uit de interviews als uit de peilingen onder huisartsen bleek de volgende behoefte aan kennis en ondersteuning:

- Kennis over specifieke aandoeningen bij vluchtelingen. Zowel huisartsen als medisch specialisten en verpleegkundigen hebben behoefte aan meer informatie over de achtergrond van de huidige vluchtelingen en de gezondheidsverschillen en -risico's van deze groepen. Specifieke aandacht zou moeten worden besteed aan tuberculose, hepatitis B en C, psychische problemen, ontwikkelingsproblemen bij vluchtelingenkinderen, gevolgen van (seksueel) geweld en reproductieve gezondheid (43).
- Veel artsen en verpleegkundigen blijven behoefte hebben aan bijscholing over zorg aan migranten/vluchtelingen en cultuursensitieve communicatie. Dat geldt zeker voor nieuwe artsen met nog weinig ervaring. Ook medisch specialisten, professionals op de eerste hulp en verloskundigen geven dit aan. Dit komt ook naar voren uit onderzoek (26), (27), (44), (45), (46). Het gaat bij dit onderwerp in feite om de noodzaak van een 'education permanente'.
- Vooral POH'ers en zorgconsulenten noemen de behoefte aan visueel ondersteunend voorlichtingsmateriaal (al dan niet in eigen taal).

3.5 Verloskundige zorg en kraamzorg

Hoewel bij vluchtelingen i.v.m. hun risicofactoren extra aandacht nodig is voor geboortezorg, maken zij juist minder gebruik van de voorzieningen. Uit kennissynthese ‘Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning’ komt naar voren dat abortus, tienerzwangerschappen en moedersterfte vaker voorkomen en dat er specifieke risico’s bestaan als seksueel geweld en vrouwelijke genitale verminking. Goede geboortezorg leidt tot een vermindering van deze risico’s. Deze vrouwen goed in beeld hebben en tijdig in de zorg krijgen is daarom van grote waarde.

Wat is er al?

In Nederland is de geboortezorg, bestaande uit onder andere verloskundigezorg en de kraamzorg, goed georganiseerd in verloskundige samenwerkingsverbanden. Vanwege de grote verschillen tussen bevolkingsgroepen op het gebied van perinatale sterfte zijn er al veel initiatieven om het aanbod beter te laten aansluiten. In Rotterdam liep tussen 2009 en 2013 ‘Klaar voor een Kind’ (KveK), een multidisciplinair gezondheidsprogramma voor verloskundige zorg. Het doel was de perinatale sterfte in Rotterdam te verminderen en de zwangerschapsuitkomsten te verbeteren (1).
Naar voorbeeld van dit programma is in 2011 een landelijk onderzoeksprogramma opgestart onder de titel ‘Healthy pregnancy 4 all’. Dit programma richt zich op kennisontwikkeling door invoering en toepassing van ketenoverstijgende methoden en instrumenten specifiek in achterstandswijken. Er zijn experimenten ingezet op het gebied van preconceptiezorg, vernieuwde risicoselectie in de zwangerschap, het bereiken van hoogrisicogroepen en een sluitende ketenaanpak. Het programma loopt door tot 2017. Op de website zijn al factsheets beschikbaar met beschrijvingen van de methoden en instrumenten. De resultaten zijn naar verwachting te gebruiken voor vluchtelingen.

VoorZorg is een programma dat zich richt op jonge zwangere vrouwen (tot 25 jaar), met als doelstelling preventie van kindermishandeling en ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen. Speciaal getrainde verpleegkundigen leggen vanaf de zwangerschap 40-60 huisbezoeken af tot het kind 2 jaar is. VoorZorg is effectief gebleken in het voorkomen van kindermishandeling en huiselijk geweld, stimuleren van borstvoeding en terugdringen van roken. De kinderen van deze moeders hadden minder gedragsproblemen en een gezondere leefomgeving (2). VoorZorg lijkt ook voor moeders met een vluchtelingen achtergrond goed te werken.

Vrouwelijke genitale verminking (vgv)

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft de preventie van vrouwelijke genitale verminking en het toeleiden en bieden van zorg aan besneden vrouwen actief opgepakt. Zij hebben een netwerk van getrainde vgv-adviseurs. Zij zijn beschikbaar voor vragen over vgv van collega’s. Ook verzorgen zij (bij)scholing aan verloskundigen én aan kraamverzorgenden. Verloskundigen hebben hun werkwijze en standpunt verwoord in het KNOV-Standpunt ‘Vrouwelijke genitale verminking’. Hierbij aansluitend hebben zij een e-learning ontwikkeld. Voor de risicogroepen onder de nieuwe instroom zijn deze zaken van belang.

Aandachtspunten en knelpunten

- Te laat in zorg: zwangere nieuwkomers komen vaak te laat in de zorg. Vrouwen weten niet altijd wat er npodig is voor een gezonde zwangerschap en bevalling en wat het aanbod aan zorg in Nederland is.
- Wantrouwen: men staat vaak wantrouwend tegenover verloskundigen, omdat men deze associeert met de lekenvroedvrouwen in land van herkomst. Ook het idee van thuis bevallen roept bij hen twijfels op over de professionaliteit van de geboortezorg in Nederland.
- Beperkingen tolk: een tolk wordt vanwege de kosten niet altijd ingezet. Daarnaast ervaren zowel zwangeren, jonge moeders als zorgprofessionals communicatieproblemen tijdens de consulten met een tolk (3).
- Verloskundigen kiezen regelmatig vanwege de kosten voor een telefonische tolk, wat bij bevallingen en echoscopisch onderzoek tot problemen kan leiden.
- Gebrek aan tijd: verloskundigen en de KNOV geven aan te weinig tijd te hebben om vluchtelingen goed te helpen in de reguliere tijd die voor een patiënt staat.
- Handelingsverlegenheid: sommige verloskundigen nemen geen psycho-sociale anamnese af omdat zij zich niet in staat voelen om de vrouw extra ondersteuning te bieden mocht dit nodig zijn. Ook is niet in elke gemeente duidelijk welke verwijsmogelijkheden er zijn voor deze vrouwen.
- Ondergebruik kraamzorg: migranten maken minder gebruik van professionele kraamzorg. Dit komt onder andere door onbekendheid met de voorziening. Het kraamzorgaanbod is daarnaast nog niet altijd voldoende adequaat voor migranten en mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Er zijn wel verschillende projecten en pilots gaande om dit te verbeteren. Maar deze zijn niet landelijk geïmplementeerd (4).
- Discontinuïteit in zorg en overdracht: de continuïteit van zorg aan zwangere vluchtelingenvrouwen is niet altijd gegarandeerd, tijdens de overgang van de opvang naar vestiging in de gemeente. Verloskundigen geven aan dat informatie niet compleet is en niet goed overgedragen wordt.

Wat is er nodig?

Het versterken van de geboortezorg voor vluchtelingen vraagt om een integrale benadering. Een deel van de problemen wordt namelijk veroorzaakt door factoren die buiten het bereik van de gezondheidszorg vallen, zoals het niet beheersen van de Nederlandse taal of sociaaleconomische verschillen (5). Daarnaast zijn er factoren die beïnvloedbaar zijn door aanpassingen in het aanbod en de organisatie van kraam- en verloskundige zorg.

- **Wees sensitief:** verlos- en kraamzorg dienen sensitief te zijn voor de verwachtingen van vluchtelingenvrouwen ten opzichte van steun en zorg. Vrouwen zijn eerder geneigd om gebruik te maken van zorg wanneer zij de dienstverlening als passend ervaren, empathische professionals tegenover zich hebben en er continuïteit is van de zorgverlener (6).

- **Zet sleutelpersonen in:** de inzet van speciaal daartoe getrainde sleutelpersonen blijkt goed te werken om migranten en mensen met lage gezondheidsvaardigheden te bereiken met perinatale voorlichting en voorlichting over het belang van kraamzorg (4).
- **Verbreed de keten:** er wordt gepleit voor de ontwikkeling van sociaal-verloskundige zorg waarin een verbinding tussen het medische domein en andere domeinen gelegd wordt (7): brede ketenzorg.
- **Tijdige voorlichting aan vrouwen en mannen:** vrouwen én mannen dienen voorlichting te krijgen over de organisatie van de verloskundige en kraamzorg in Nederland. Verloskundige zorg start idealiter al vóór de conceptie zodat er voldoende tijd is om risicogedrag en andere risicofactoren aan te pakken. Zorg ook voor voorlichting over het menselijk lichaam, veilig zwanger worden, de bevalling, seksuele gezondheid, anticonceptie en abortus. (1), (7).
- **Genoeg tijd:** om kwalitatief goede verloskundigezorg te kunnen bieden aan vluchtelingenvrouwen is tijd nodig.
- **Zorg voor een warme overdracht** tussen zorgverleners bij verhuizing van AZC naar de gemeente en tussen zorgverleners in de gemeente (8).
- **Onderzoek hoe kraamzorg beter kan:** verdere analyse van etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg kan handvatten bieden om de toegankelijkheid van professionele kraamzorg te verbeteren of om informele kraamzorg te ondersteunen (9).

Behoefte aan kennis en ondersteuning

Zowel verloskundigen als kraamverzorgenden hebben behoefte aan scholing in cultuursensitief handelen (3), (5). Rutgers geeft aan dat het bespreekbaar maken van alle onderwerpen rondom seksualiteit en de rol van de man bij deze groepen nieuwkomers van belang is.

Verloskundigen hebben behoefte aan tools om psychosociale ondersteuning te kunnen bieden aan vluchtelingenvrouwen.

3.6 Mondzorg

Bij een deel van de vluchtelingen die in de gemeente komen wonen is sprake van achterstand in mondzorg (1). Tandartsen en mondhygiënisten werken steeds meer vanuit de gedachte dat er een relatie is tussen de mondgezondheid en de algehele gezondheid (2), (3). Een goed gebit is ook van belang in sociale contacten (4).

Wat is er al?

Asielzoekers zijn tijdens hun verblijf in de centrale opvang verzekerd voor tandartskosten tot een maximum van 250 euro per jaar per volwassen asielzoeker. Tandartsen mogen alleen acute klachten behandelen. Dit mag het bedrag van 250 euro overschrijden als de tandarts eerst een machtiging hiervoor aanvraagt bij de zorgverzekeraar (2). Vanaf het moment dat mensen een status hebben gelden de vergoedingen volgens de verzekering die men afsluit. De mondzorg voor kinderen zit in het basispakket.

Meerdere mondhygiënisten en tandartsen ontplooien initiatieven om de preventie van mondproblemen en het gebruik van mondzorg onder asielzoekers en vluchtelingen te stimuleren (5). Een aantal gemeenten heeft een noodbudget waar mensen die geen geld hebben aanspraak op kunnen maken. Ook zijn er tandartsen die kosteloos noodzakelijke hulp verlenen (2).

Aandachtspunten en knelpunten

- Kosten mondzorg: het beperkte budget tijdens de asielprocedure is alleen bedoeld voor het verhelpen van pijn- en kauwklachten. De KNMT geeft aan dat het lastig is om mensen met pijnklachten bij tandartsen te krijgen. In sommige regio's zijn niet genoeg tandartsen en hebben tandartsen een patiëntenstop. Men kan er vanuit gaan dat als mensen in de gemeente komen wonen alleen de echt noodzakelijke dingen zijn gedaan. Eenmaal in de gemeente zijn de kosten voor velen een grote barrière. Niet alle gemeenten hebben een budget beschikbaar voor mensen die noodzakelijke mondzorg niet kunnen betalen (2).
- Zorgvermijding: kinderen tot 18 jaar krijgen mondzorg vergoed. Het vermoeden bestaat dat ouders die niet naar de tandarts gaan omdat zij hier geen geld voor hebben, ook eerder geneigd zijn hun kinderen weg te houden bij de tandarts (3).
- Voorlichting: het kennisniveau van volwassenen en kinderen rondom mondzorg wisselt. Bij sommige vluchtelingen moet begonnen worden met basisinstructie. Anderen komen met een perfect verzorgd gebit en zijn goed op de hoogte van hoe de mond te verzorgen. Er is op dit moment geen structurele voorlichting over mondzorg. In sommige regio's pakken mondhygiënisten dit vrijwillig op. Soms is het ingebed in lessen over persoonlijke hygiëne op school. In een aantal regio's is de GGD actief op dit thema.

Wat is er nodig?

- **Voorlichting:** veel klachten kunnen voorkomen worden door een goede mondverzorging. Regel dat er structurele afspraken gemaakt worden over wie voorlichting geeft aan ouders en kinderen die dat nodig hebben.
- **Informatiemateriaal:** begrijpelijke informatie is nodig met heel basale uitleg over mondhygiëne met onder andere aandacht voor de invloed van voedingspatronen op de mondgezondheid (3). Zorg dat deze beschikbaar is bij de tandarts en mondhygiëniste, maar ook bij de huisarts en het JGZ (3).
- **Vergoeding voor mondzorg:** er is een oplossing nodig voor het ondergebruik van mondzorg door vluchtelingen met een beperkt inkomen. Stimuleer dat asielzoekers indien nodig optimaal gebruik maken van de beschikbare vergoeding voor mondzorg in de opvang, zodat de meest acute problemen verholpen zijn als ze in de gemeente komen wonen.

Behoefte aan kennis en ondersteuning

De KNMT heeft behoefte aan meer inzicht in de doelgroep die nu niet naar de tandarts gaat: hoe groot is deze groep, welke leeftijd hebben ze, welke achtergrond, welke zorgvraag hebben ze, hoe kunnen we hen bereiken, en wat zijn oplossingen om hen toch naar mondzorg te begeleiden?

De NVM wil meer inzicht in de invloed van zorgvermijding van de ouders op het weghouden van kinderen bij mondzorg. In welke mate gebeurt dit en hoe kunnen we dit aanpakken?

Daarnaast hebben beide koepels de behoefte geuit aan de ontwikkeling van toegankelijke materialen.

3.7 Geestelijke gezondheidszorg

Veel vluchtelingen beschikken over een forse hoeveelheid veerkracht en het komt erop aan deze te versterken. Wel is duidelijk dat veel vluchtelingen psychische klachten ervaren en een verminderd gevoel van welbevinden onder invloed van alles wat ze hebben meegemaakt. Volgens de Gezondheidsraad krijgt tussen de 13-25% van de vluchtelingen te maken met een psychische stoornis, zoals PTSS en/of depressie (1), (2). De mate waarin psychische klachten zich voordoen of zich ontwikkelen tot PTSS of depressie is mede afhankelijk van preventieve inspanningen, inzetten op beschermende factoren, tijdige signalering, sociale steun, mogelijkheden tot participatie en het krijgen van goede zorg (1), (2), (3).

Wat is er al?

Het beleid in Nederland is erop gericht psychische klachten meer in de eerstelijn te behandelen of te voorkomen. Daarbij hebben de huisarts en de POH-ggz een steeds grotere rol gekregen samen met partijen uit het sociale domein zoals de wijkteams. Dit betekent dat vluchtelingen met psychische klachten in eerste instantie bij hen terecht komen. Indien geïndiceerd verwijst de eerstelijn naar de basis ggz of de specialistische ggz. Uit onderzoek van NIVEL blijkt dat in 2014 ongeveer één op de zes van alle patiënten met psychosociale problemen die de huisartsenpraktijk bezoeken terecht komt bij een POH-ggz. In 2010 was dit één op de dertig (4).

Onderstaand gaan we eerst in op preventie in brede zin, daarna op selectieve. Vervolgens gaan we in op curatieve ggz.

Preventie

Inzetten op het beperken van risicofactoren en het vergroten van beschermende factoren kan psychische klachten bij vluchtelingen voorkomen of verminderen. Kennissynthese ‘Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning’ heeft hierop gewezen (1). Op dit terrein is met name kwalitatief onderzoek verricht (5), (6), (7), (8); er bestaat nog beperkte evidentie van effect. Toch zijn er aanwijzingen dat er sprake is van onder andere een gunstig effect van sociale steun en psycho-educatie op psychische gezondheid (9), (10). Daarnaast is inzetten op kort verblijf in asielopvang belangrijk en het snel leren van de Nederlandse taal (1).
Ook de Gezondheidsraad stelt dat inzetten op preventie in brede zin essentieel is. Het versterken van beschermende factoren zoals sociale steun, maatschappelijke participatie, werk en sociaal culturele integratie dragen bij aan de mentale gezondheid.

Preventie in de opvang al van belang

In de centrale opvang liggen veel kansen voor preventie van psychische klachten door activering, het leren van de Nederlandse taal, voorbereiding van opleiding en werk. Ook psycho-educatie kan preventief werken. Uitleg over normale stressklachten en mogelijkheden voor psychologische hulp kunnen helpen om de drempel naar zorg te verlagen en het bestaan van dit soort klachten van taboes te ontdoen. Het aanbod op AZC’s van preventie is zeer wisselend (11). Op sommige azc’s is er een aanbod van psycho-educatie of groepsvoorlichtingen, maar op andere is dit niet het geval.

Er bestaat een breed gedeeld gevoel van urgentie bij COA, GC A, MCA, GGD'en en anderen dat ingezet moet worden op sociale activering. Een voorbeeld hiervan is het project "Aan de slag" (zie p. 14), waarbij vrijwilligerscentrales asielzoekers bij hun werk betrekken. Na succesvolle pilots wordt nu gestimuleerd dat dit initiatief op meer plaatsen overgenomen wordt.

Een analyse van 23 interventies gericht op psychosociale problematiek in de centrale opvang (11) in het rapport 'Podium voor Preventie', ondersteunde het belang van gerichte interventies ter bevordering van psychosociaal welzijn. Hoewel de interventies niet degelijk zijn gemonitord, leidde de analyse van praktijkervaringen en procesevaluaties tot de bevestiging dat asielzoekers zich beter voelen door deelname aan preventieve interventies en activiteiten, gerichte psycho-educatie of meedoen aan muziek e.d. Ook werd duidelijk dat groepsgewijze psycho-educatie beter aanslaat, als daarbij land- of lotgenoten meewerken. Hoewel 'Podium voor preventie' een analyse betrof van interventies die voornamelijk in de centrale opvang zijn uitgevoerd, zijn de methodieken zeker ook voor statushouders in gemeenten te gebruiken.

Good practice: Mind-Spring.
Mindspring is een training onder leiding van een vluchteling-counseller en een co-trainer vanuit de ggz waarin vluchtelingen door middel van informatie, uitwisseling en discussie inzicht krijgen in de invloed van hun levensomstandigheden, nu en in het verleden, op hun psychisch functioneren en opnieuw zicht krijgen op de eigen identiteit en kracht (12). Deze vormen de basis voor het ontwikkelen van positieve coping strategieën (12). Hoewel er geen effectiviteitsonderzoek beschikbaar is over de Mindspring methode komt uit de observatie en de evaluatie van trainers en deelnemers een positief beeld over de impact van de training op asielzoekers en vluchtelingen. Door psycho-educatie en praktische tips leren asielzoekers het heft in eigen handen te nemen en daardoor nemen hun klachten en bezorgdheid af. Daarnaast verschaft de cursus kennis op het gebied van psychische problematiek en het Nederlandse medisch systeem (13). Zie ook wwww.loketgezondleven.nl

Preventie in de gemeenten

De belangrijkste primaire preventie van psychische klachten die gemeenten kunnen bieden vindt plaats via het sociaal domein via inburgering en participatie. We hebben hier in de paragraaf sociaal domein uitgebreid bij stilgestaan.
Een mooi voorbeeld dat we hier willen noemen is het project *'Welkom in de wijk'* in Amersfoort. Ook loopt daar het initiatief 'Samen voortburgeren'.

Samen Voortburgeren, Liendert, Amersfoort
Het project 'Samen Voortburgeren' probeert de positie en participatie van (allochtone) vrouwen in de samenleving te versterken. Doel is om vrouwen te activeren die een inburgeringstraject hebben afgerond, maar toch nog drempels ervaren bij het komen tot maatschappelijke participatie en om hun positie, participatie en betrokkenheid te behouden en te versterken. Het project koppelt deze aan vrouwen die al langer zijn ingeburgerd. Deze vrouwen, genaamd wegwijzers, gaan met hen stap voor stap werken aan de maatschappelijke participatie in de directe leefomgeving.

Selectieve preventie

Op het terrein van selectieve preventie van psychische problematiek van vluchtelingen in gemeenten zijn in Nederland de afgelopen jaren veel, met name groepsgerichte, programma's ontwikkeld. Dit betreft preventie door ggz-instelllingen, maar ook programma's die door een zelforganisatie, welzijnsinstelling of lokaal vluchtelingenwerk verzorgd kunnen worden. Voorbeelden van dergelijke programma's zijn Mindfit (zie raster) en 'Gun ons de tijd' van Pharos (14). VluchtelingenWerk maakt hier in een aantal gemeenten gebruik van.
Op het terrein van preventie fungeerde tot 2006 het landelijk platform ggz-preventie asielzoekers en vluchtelingen als aanjager van de ontwikkeling van methodieken. In dit kader zijn programma's als 'De Vrije Vogel', 'Gezond denken, gezond doen', 'Gezond blijven in moeilijke situaties', 'Gezond blijven door onderlinge steun', 'Psycho-educatie asielzoekers' en 'Maatjesproject voor asielzoekers' ontwikkeld (11). Al deze bestaande programma's zijn ook nu bruikbaar, al dan niet na enige bewerking en met goede monitoring van het effect.

Uit gesprekken met professionals komt het beeld naar voren dat al deze methodieken, op dit moment nog maar beperkt worden uitgevoerd. In de ggz is de focus meer naar het curatieve en minder naar het preventieve gegaan. Veel preventieafdelingen van ggz-instellingen zijn opgeheven, mede vanwege de transformatie in de zorg en de overheveling naar de eerstelijn. Uitzondering hierop is de Achterhoek. Daar voert de ggz-instelling GGNet in samenwerking met de GGD Noord Oost Gelderland groepsgewijze preventie modules uit (Less Stress) op AZC's. Er worden al gesprekken gevoerd met gemeenten om dit ook statushouders aan te bieden.
In hoeverre vluchtelingen gebruikmaken van het reguliere ggz-preventie aanbod dat er nog wel is, zoals 'Lichte dagen, donkere dagen' of 'Liever bewegen dan moe', is niet bekend.

Mindfit– SNV Brabant Centraal en GGD Hart voor Brabant
In verschillende Brabantse steden wordt groepsgerichte voorlichting en psychosociale educatie gegeven als onderdeel van de groepsmodule Mindfit, van Stichting Nieuwkomers en Vluchtelingen (SNV). De gemeente Eindhoven heeft de groepsmodules van SNV ingekocht en er wordt geprobeerd in de toekomst de groepsmodules te integreren in de gemeentelijke offertes voor maatschappelijke begeleiding.
Wegens grote behoefte aan praktische informatie onder vergunninghouders wordt in de Brabantse Mindfit-module veel ruimte gegeven aan voorlichting, bijvoorbeeld over het onderwijs- en zorgsysteem. Voor sommige onderwerpen wordt samengewerkt met de GGD. Wanneer tijdens de sessies thema's aan bod komen die linken aan psychosociaal welzijn wordt hier veel tijd aan besteed. In combinatie met individuele maatschappelijke begeleiding en de andere groepsgewijze modules heeft Mindfit een positief effect op zelfvertrouwen, sociale steun, welzijn en integratie van de cliënten.

Curatieve behandeling

De Nederlandse ggz heeft in het verleden veel ervaring opgedaan met behandeling van vluchtelingen en asielzoekers (15), (16). Er is voldoende wetenschappelijk onderzoek gedaan om enkele uitspraken te kunnen doen over welke behandelmethoden effectief zijn. De Gezondheidsraad concludeert dat cognitieve therapieën effectief zijn bij PTSS en depressie (bijv. Cognitive behavioral therapy (CBT), en Narrative exposure therapy (NET) bij PTSS.

Volgens de onderzoekers verdienen behandelmethoden zoals Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) of farmacotherapie verder onderzoek om hun effectiviteit aan te tonen. Multimodale interventies, of te wel interventies die meerdere aspecten van verschillende behandelmethoden inzetten, zijn in de praktijk van belang (2).

Er is een convenant afgesloten voor ggz-zorg aan asielzoekers. Dit kan eraan bijdragen dat statushouders met minder klachten in gemeenten belanden. In principe vallen vluchtelingen in gemeenten terug op de reguliere ggz-keten, van lokale en regionale ggz-instellingen tot landelijk werkende gespecialiseerde instellingen als Centrum '45, De Evenaar in Drenthe en Psychotraumacentrum Zuid-Nederland in Den Bosch. De laatste organisaties hebben veel expertise in huis.

Daar waar 10-15 jaar geleden relatief veel ggz-instellingen kennis en aanbod hadden voor deze doelgroep, is dit mede door de eerdere krimp van het aantal vluchtelingen en de krimp van de ggz verminderd. Er zijn kleinere ggz- instellingen ontstaan, die zich specifiek richten op cultuursensitieve zorg. Het afschaffen van de subsidie voor tolkvoorziening in de zorg heeft er toe geleid dat vluchtelingen sneller worden doorverwezen naar instellingen waarbij ze in eigen taal kunnen worden geholpen (bijvoorbeeld i-Psy) en/of na gespecialiseerde instellingen (zie hierboven) (17).

Aandachtspunten en knelpunten

- Zoals eerder in Kennissynthese 'Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning' benoemd, is er ondergebruik van de ggz ten opzichte van de ervaren psychische klachten onder vluchtelingen (1). Dit is toe te schrijven aan enerzijds de vermijding als onderdeel van traumatisering, anderzijds aan de onbekendheid met ggz, het taboe rond psychische klachten en de angst voor stigma. Hierdoor zien vluchtelingen hulpverlening niet altijd als het antwoord op hun problematiek en blijven vragen om hulp achterwege. Naarmate vluchtelingen langer in Nederland verblijven, maken zij meer gebruik van ggz-voorzieningen (18). Dit doet vermoeden dat er meer bekendheid met de zorg optreedt na verloop van tijd, maar het kan ook betekenen dat de ziektelast toeneemt. Mogelijk maakt ook een grotere taalvaardigheid na verloop van tijd de toegang tot de ggz makkelijker.
- Naast genoemde zaken heeft het ondergebruik van ggz ook te maken met het feit dat de zorg niet altijd goed aansluit. Kennis over veel bij vluchtelingen voorkomende klachten en de achtergronden die hierbij een rol spelen zijn van belang (19). Daarnaast communicatieve vaardigheden en flexibiliteit om bovengenoemde kennis in te passen in werkwijze, protocollen en richtlijnen in de ggz (20), (21), (22), (23), (24). Bij een taalbarrière is een tolkvoorziening noodzakelijk (25).

Geïnterviewde professionals uit de praktijk noemden ook nog de volgende knelpunten:

- lange wachtlijsten bij (specialistische) ggz-instellingen;
- onvoldoende consulttijd door 'druk' op hoge caseload;
- verminderde toegankelijkheid door het eigen risico en door de (soms lange en dure) reisafstanden naar gespecialiseerde ggz-instellingen;
- verminderde effectiviteit/kwaliteit door beperkte inzet van professionele tolken.
- Hiernaast pleiten de professionals ook voor het verbeteren van de ketensamenwerking. Zo blijkt de rol van het sociale wijkteam vaak voor hen nog onduidelijk en zouden meer partijen, zoals VluchtelingenWerk, een grotere signalerende rol kunnen vervullen.

- Bij een peiling onder huisartsen kwam naar voren dat zij graag zien dat de overdracht van medische informatie sneller verloopt. Dit helpt hen en de POH-ggz om beter voorbereid in gesprek te gaan met de nieuwe statushouder in de gemeente (26).

Geïnterviewde vluchtelingen noemden de volgende zaken;
- Zij zijn niet of nauwelijks bekend met psychische hulpverlening en missen begrijpelijke informatie hierover. Tevens bevestigen zij dat er een taboe en schaamte bestaan om over psychische klachten te spreken of hier hulp bij te zoeken. Zij hopen dat huisartsen hier op een goede wijze over kunnen doorvragen en de schaamte begrijpen. In de communicatie met zorgprofessionals ervaren vluchtelingen vaak een taalbarrière. Zij ervaren de tijd van het consult als te kort en geven aan dat zij behoefte hebben aan professionals die cultuursensitief zijn en begrijpen wat het betekent om lange tijd in oorlog, angst, verlies en onzekerheid te hebben gezeten.

Wat is er nodig?

- **Voorlichting en taboedoorbreking**: zorg voor (ook groepsgewijze) gesprekken en voorlichting over psychosociale onderwerpen, veel voorkomende psychische klachten en het hulpaanbod hierbij. Help het taboe op psychische klachten en hulp zoeken te doorbreken. Zet vluchtelingen vanuit de eigen groep in bij deze voorlichting.

- **Een brede inzet op preventie van psychische klachten** is nodig, op de eerste plaats via het sociaal domein: sociale activering, maatschappelijke begeleiding, wegwijs maken, vroege inburgering, toeleiding naar werk en talenten zo snel mogelijk weer benutten. Ook selectieve en geïndiceerde preventie zijn nodig.

- **Aandacht voor tijdige signalering van psychische klachten.** Alle partners kunnen hieraan een bijdrage leveren. De huisarts, de POH-ggz en de wijkteams kunnen in kennismakingsgesprekken en intakes alert zijn op psychische problematiek en mentale gezondheid bespreekbaar maken. Een snelle medische overdracht uit de centrale opvang is hierbij nodig, zodat snel duidelijk is welke gezondheidsproblemen bij een statushouder spelen en welke aandacht daaraan al besteed is in de centrale opvang.

- **Cultuursensitieve ggz**: zorg voor goed aansluitende zorg in de hele keten van geestelijke gezondheidzorg, met professionals die de achtergrond van vluchtelingen begrijpen en moeilijke zaken bespreekbaar kunnen maken en kunnen behandelen.

- **Regel goede randvoorwaarden**: zoek naar een oplossing van de door professionals genoemde knelpunten. Tolkeninzet is bij psychische problematiek een voorwaarde.

Behoefte aan kennis en ondersteuning

De grote stroom nieuwe vluchtelingen heeft hernieuwde behoefte aan scholing en deskundigheidsbevordering losgemaakt. Dit heeft ook te maken met veranderingen en transformatie in de zorg en het natuurlijk verloop van professionals.

Veel lokale partners zoals huisartsen, POH-ggz en wijkteams geven aan behoefte te hebben aan achtergrondinformatie over de huidige groepen vluchtelingen.
POH-ggz hebben daarnaast behoefte aan kennis en vaardigheden. Het gaat dan om vragen als: hoe moet ik de gevolgen van oorlog en geweld bespreekbaar maken? Hoe help ik vluchtelingen met fysieke stressklachten? Hoe help ik het taboe op psychische problemen te doorbreken? Wanneer is een specialistische behandeling voor traumaklachten geïndiceerd? Wat zijn aandachtspunten bij gezinshereniging?

Uit een enquête onder ruim 50 ggz professionals over het werken met migranten en vluchtelingen wordt aangegeven dat zij behoefte hebben aan praktisch bruikbare tools, handvaten, tips en adviezen vooral voor de behandelfase. Zij geven aan dat de bestaande richtlijnen onvoldoende houvast bieden voor zorg aan vluchtelingen (27).

Hoofdstuk 4. Conclusies en aanbevelingen

In vorige hoofdstukken zijn veel aandachtspunten en aanbevelingen langsgekomen. Wat zeggen die nu over de hoofdvraag van het ministerie van VWS:

> Hoe kunnen zorg, preventie en ondersteuning zo ingericht worden dat gezondheidsproblemen bij vluchtelingen worden voorkomen en zorg en ondersteuning voor hen adequate functioneren? Welke kennis en ondersteuning is daarbij nodig?

Bij de beantwoording van deze vraag is het nodig om eerst afstand te nemen en ons een aantal zaken te realiseren.

What's new?

Ten eerste: we vangen in Nederland al decennialang vluchtelingen op en hebben voor hen al deze jaren al zorg, preventie en ondersteuning geregeld. We hebben dus niet te maken met een nieuw vraagstuk waar we ons voor het eerst over buigen. Dat geldt ook voor het professioneel omgaan met diversiteit, verschillende culturen en achtergronden van cliënten in de gezondheidszorg.
Het verschil met eerdere situaties ligt in de aantallen, de veranderde maatschappelijke omstandigheden en draagvlak en de vermindering van een aantal voorzieningen.
Uit voorgaande hoofdstukken blijkt dat er nog genoeg te winnen en te verbeteren is, als we bij vluchtelingen gezondheidsachterstanden willen voorkomen en hun vitaliteit en integratie willen versterken. We hebben van het verleden geleerd dat gezondheidsachterstanden bij vluchtelingen oplopen als we niet van meet af aan inzetten op preventie, tijdige behandeling en activering. In die zin is de vraag van het Ministerie van VWS dus uitermate relevant.

Veel oplosbare vraagstukken

Ten tweede: we hebben hier een goed systeem van gezondheidszorg en ondersteuning, tal van voorzieningen en een goede infrastructuur. Vluchtelingen benoemen dat ook. Hierbinnen kunnen veel vraagstukken rondom gezondheid en zorg voor vluchtelingen in principe opgelost worden. Er zijn veel good practices en goede initiatieven en op veel plekken bestaat er grote bereidheid en inzet. Onze conclusie over de stand van zaken en alle geluiden gehoord hebbende is: het gaat in veel gevallen om vraagstukken die om praktische oplossingen vragen, meer regie en zaken beter regelen. Want wat kwam er langs?

> Beter wegwijs maken in het zorgsysteem, effectievere voorlichting, er veel tijdiger bijzijn, parallelle aanpak van inburgering en participatie, ketensamenwerking versterken, heldere regieafspraken en afstemming, betere en warmere overdracht van medische gegevens, tolken inzetten en een oplossing voor de financiering zoeken, risicogroepen in beeld hebben, voldoende capaciteit regelen, vluchtelingen zelf actief betrekken, kennis en goede voorbeelden delen, bijscholing op cultuursensitieve communicatie en lastige onderwerpen bespreekbaar maken.

Lakmoesproef?

Ten derde: over de knelpunten en mogelijke oplossingen bestaat door de sectoren heen behoorlijke overeenstemming: de geinterviewden in diverse sectoren noemen vrijwel allemaal dezelfde zaken. Dat roept een derde overstijgende vraag of beschouwing op: hoe flexibel is ons stelsel? Veel vraagstukken zijn duidelijk en lijken oplosbaar, maar lossen zich kennelijk in de praktijk niet makkelijk op in vruchtbaar overleg tussen stakeholders. In die zin is de komst van extra vluchtelingen een lakmoesproef voor het probleemoplossende vermogen en de creativiteit binnen het stelsel.

Hoever zijn we met populatiegericht kijken?

Ten vierde: hoe ver zijn we met een populatiegerichte benadering in ons stelsel? Daarbinnen verdiep je je in de bevolking in de wijk, ook in nieuwkomers, heb je gezamenlijk de gezondheidsrisico's snel in beeld en overleg je met inwoners en professionals over hoe die te reduceren. Daarbinnen durf je te differentiëren, omdat mensen verschillen.

Kanteling, ook bij vluchtelingen?

Laatste opmerking: er is een verandering in mindset nodig. Veel mensen, ook in de wereld van beleid, gezondheidszorg en vrijwilligerswerk, zijn geneigd voor vluchtelingen te denken als ze beleid en activiteiten ontwikkelen. Wat nodig is en aansluit bij de visie op eigen kracht en regie, is steeds mét mensen te spreken in plaats van over hen en hen actief te betrekken. Dat is de 'kanteling' waar al zoveel congressen en beleidsnota's aan besteed zijn en die ook bij vluchtelingen aan de orde is. Veel vluchtelingen die wij spraken hebben goede ideeën, willen ondernemend zijn en bijdragen. Veel van hen hebben ook scherpe waarnemingen omtrent ons stelsel en ons handelen, waar we ons voordeel mee kunnen doen.

Samenvatting aanbevelingen

Wat zijn op hoofdlijnen de zaken die verbetering behoeven en gaan helpen in het voorkomen van gezondheidsproblemen? We geven hier een samenvatting van de belangrijkste aanbevelingen uit de voorafgaande hoofdstukken:

1. Neem regie als gemeente

- Bespaar energie en vergroot je effecten door op lokaal en regionaal niveau voor heldere afspraken te zorgen over wie wat doet. Haal partijen bij elkaar en overleg steeds over praktische knelpunten en de inrichting van preventie, ondersteuning en zorg voor vluchtelingen. Maak hierbij zoveel mogelijk gebruik van de ketenoverleggen die er al zijn.
- Bevorder de samenwerking in de keten van maatschappelijke begeleiding, preventie en zorg en activering/participatie van vluchtelingen. Betrek daarbij zowel formele als informele netwerken en scholen, dat bevordert draagvlak en verbinding.
- Benader het vraagstuk van gezondheid van vluchtelingen als onderdeel van de wijk- en populatiegerichte aanpak van alle bewoners en durf te differentiëren.

2. Ga naar de voorkant en investeer van meet af aan in preventie

- Dat begint met mensen echt goed wegwijs maken en informeren, zodat ze van meet af aan zich in ons systeem van preventie en zorg goed kunnen bewegen. Voor eigen regie en zelfredzaam zijn is dit een voorwaarde. Regel effectievere voorlichting en gebruik

vooral de eigen (digitale) communicatiekanalen van vluchtelingen. Realiseer je dat het grootste deel van de nieuwe vluchtelingen digitaal voortdurend met elkaar en de wereld in contact is en daar op de eerste plaats informatie haalt.

- Ken uw nieuwe burgers in al hun verscheidenheid. Zorg dat hun gezondheidsrisico's in beeld zijn, net als die van andere inwoners. Bespreek hun gezondheid zeker ook met vluchtelingen zelf en met betrokken partners in de wijk en bedenk samen wat nodig is om gezondheid te behouden of verbeteren.
- Span het paard niet achter de wagen: investeer in vroegsignalering van gezondheidsproblemen door alle partners die met vluchtelingen contact hebben. Zorg voor afspraken over goede doorverwijzing en overdracht van medische gegevens.
- Start gelijk met participatie, activering, inburgering en taallessen in welke vorm dan ook, te beginnen binnen de opvang. Dat werkt als een forse procesversneller voor integratie én levert de belangrijkste bijdrage aan het voorkomen van gezondheidsachterstanden.
- Het overgrote deel van de huidige instroom is jong. Houd dit op het netvlies en investeer in de gezondheid van vluchtelingenkinderen en jongeren, dat geeft op termijn veel winst. Zie alle aanbevelingen hiertoe in paragraaf 3.3 over jeugd.

3. Ook landelijke en andere partners spelen een rol

- Overleg als landelijke overheid regelmatig met partners in zorg, preventie en ondersteuning over hoe de toegankelijkheid en het functioneren van de gezondheidszorg ook voor vluchtelingen te verbeteren. Overleg ook met zorgverzekeraars en beroepsorganisaties over hun bijdrage daaraan.
- Stimuleer kennisontwikkeling en delen van inspirerende voorbeelden, landelijk en lokaal.
- Zorg voor ondersteuning van gemeenten en lokale partijen op maat.
- Zorg als beroepsorganisaties en opleidingen dat professionals ook op dit terrein toegerust zijn voor hun taak. Kennis en vaardigheden rondom cultuursensitieve zorg en het omgaan met mensen uit oorlogsgebieden zal aandacht blijven vragen: education permanente is hierbij het devies.
- Tijd en capaciteit werden door diverse partijen genoemd: huisartsen, verloskundigen, wijkteams en GGD GHOR Nederland. Zij allen geven aan dat persoonsgerichte zorg en ondersteuning en outreachende preventie bij vluchtelingen extra tijd kosten. De verwachting is dat dit zich later meer dan terugbetaalt. Dit is een systeem- en financieringsvraagstuk waarop een antwoord nodig is.

4. Geef vluchtelingen een actieve rol

- Betrek vluchtelingen, net als anderen, bij initiatieven rondom hun eigen gezondheid, voorlichting en participatie. Dat houdt zowel ons als henzelf scherp. Het is stap een in versterken van eigen regie en veerkracht. Vluchtelingen die al wat langer in Nederland zijn, zelforganisaties en andere sleutel- personen kunnen hierbij helpen. Geef hen een actieve rol in voorlichting, interventies, bruggen slaan en verbinden van netwerken. Bekend is dat vluchtelingen elkaar goed kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld door als buddy nieuwkomers de weg te wijzen en hun sociale netwerk te helpen versterken. Zet jongeren in bij voorlichting aan andere jongeren over gezondheid, seksualiteit, middelengebruik, man-vrouw verhoudingen. Dat vergroot de effectiviteit.
- Zet vluchtelingen ook in bij kennis verschaffen aan professionals over de achtergrond van de groepen die nu instromen (in welke situatie hebben ze geleefd? welk zorgsysteem kennen ze? hoe kijken ze naar opvoeding?).

5. Tolken

- Elkaar goed kunnen verstaan en begrijpen is bij alle preventie, ondersteuning en zorg een eerste vereiste en sine qua non. Met onder andere veel Eritreeërs kan je zonder tolken niet communiceren. Snel de taal leren is belangrijk, maar biedt geen oplossing voor mensen die er net zijn en zorg nodig hebben. Alle mensen die we gesproken hebben noemden dit als eerste en belangrijkste winstpunt. Inzet van tolken levert meer op dan het kost. Heroverweeg de financiering van tolken, bijvoorbeeld voor een bepaalde periode waarin vluchtelingen de taal nog niet hebben kunnen leren. In de zomer verschijnen de resultaten van het onderzoek dat het NIVEL uitvoert naar inzet van tolken in de zorg. Betrek deze aanbeveling bij de discussie over dit onderzoek.

6. Monitoring en onderzoek

- Registreer, verzamel en onderzoek meer gegevens over de gezondheid van en de zorg aan vluchtelingen. Neem dat op in bestaande monitorsystemen. In kennissynthese ‘Gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning’ werd duidelijk dat we over onvoldoende actuele gegevens beschikken. Die zijn nodig voor beleid, analyse van risico’s, evaluatie van toegankelijkheid en functioneren van zorg, ondersteuning en preventie.

7. Kennisdeling en ondersteuning

- Zorg dat gemeenten en lokale partners op maat ondersteund en geadviseerd worden bij hun vragen op bovenstaande zaken en faciliteer kennisuitwisseling. Benut hierbij alle kennis die Pharos en anderen de afgelopen decennia hebben opgebouwd. Aandacht daarbij is onder andere nodig voor:
  - Ondersteuning bij regie nemen, ketensamenwerking, taakverdeling en afspraken
  - Een praktisch stappenplan voor gemeenten, dat zij op maat kunnen inzetten.
  - Vormgeven van laagdrempelige en effectievere voorlichting en gezondheidsbevordering
  - Outreachende preventie, hulpverlening en ondersteuning die goed aansluiten
  - Een goed functionerende keten voor kinderen en hun ouders, inclusief laagdrempelige opvoedingsondersteuning
  - Betrekken van vluchtelingen zelf en vrijwilligers- en buurtorganisaties. Hoe stimuleer je sociale steun in de wijk met alle betrokkenen?
  - Cultuursensitieve preventie, zorg en communicatie en het kunnen inleven in wat veel vluchtelingen hebben doorstaan.
  - Bespreekbaar maken van ‘lastige’onderwerpen zoals seksualiteit, man-vrouw-verhoudingen, homo seksualiteit en geweld
  - Omgaan met psychische problematiek, oorlogservaring en trauma’s
  - Activering van vluchtelingen op maat en de verbinding naar gezondheid hierin
- Ontwikkel een beperkt aantal (consult)ondersteunende voorlichtingsmiddelen, ter voorkoming van de belangrijkste gezondheidsachterstanden.
- Bij veel lokale partijen is behoefte aan kennis en ondersteuning op maat, omdat lokale situaties verschillend zijn. Daarnaast is er een wens tot landelijke kennisuitwisseling, delen van inspirerende voorbeelden, interventies en instrumenten.

Bijlage 1. Geraadpleegde organisaties

Wie	Wat
Altrecht (ggz)	Gesproken met een verpleegkundig specialist i.o. van de polikliniek angststoornissen.
AMC/UvA	Gesproken met een hoogleraar en onderzoeker betrokken bij het onderzoek voor de Gezondheidsraad over de mentale gezondheid van vluchtelingen.
COA	Gesproken met een beleidsregisseur gezondheidszorg.
Gemeente Heereveen	Gesproken met een beleidsmedewerker volksgezondheid.
Gemeente Nijmegen	Gesproken met een beleidsadviseur.
Gemeente Venlo	Gesproken met de programmamanager vluchtelingen en statushouders.
Gemeente Weststellingwerf	Gesproken met een medewerker gezondheidsbevordering en beleid, en met een programmaregisseur.
GGD Amsterdam	Gesproken met een beleidsadviseur algemene infectieziektebestrijding.
GGD GHOR Nederland	Gesproken met een senior beleidsmedewerker en epidemioloog, en met een beleidsmedewerker
GGD Noord en Oost Gelderland	Gesproken met een beleidsmedewerker.
GGD Regio Utrecht	Gesproken met een arts maatschappij en gezondheid, infectieziektebestrijding, en met een arts maatschappij en gezondheid, infectieziektebestrijding en seksuele gezondheid.
GGD Twente	Gesproken met een adviseur publieke gezondheid.
GGD Zaanstreek-Waterland	Gesproken met de manager JGZ.
GGNet	Gesproken met een preventiewerker.
KNMT	Gesproken met een beleidsmedewerker structuur en financiering.
KNOV	Gesproken met een beleidsmedewerker en met drie verpleegkundigen.
LHV	Gesproken met een senior beleidsadviseur.
Lokalis	Gesproken met een bestuurder.

LOWAN	Gesproken met de LOWAN-vo adviseur.
Movisie	Gesproken met de manager van het programma participatie en actief burgerschap, en met de senior adviseur project aanpak huiselijk en seksueel geweld & veiligheid.
Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)	Gesproken met een zelfstandig sociaal psycholoog, mondhygiënist en onderzoeker.
NHG	Gesproken met een aandachtsfunctionaris diversiteit.
NIDOS	Gesproken met het hoofd van de afdeling gedragswetenschappen.
NIP / Avicenna Nederland	Gesproken met een systeemtherapeut en lid-NIP.
RadboudUMC	Gesproken met een islamitisch geestelijk begeleider/ zorgconsulent allochtone patiënten.
Rutgers	Gesproken met een programmacoördinator.
Soa Aids Nederland	Gesproken met een beleidsmedewerker programma etnische minderheden.
SOVEE	Gesproken met de projectleider opvoedondersteuning
Stichting Nieuwkomers en Vluchtelingenwerk Brabant Centraal (SNV)	Gesproken met een werkbegeleider integratie en participatie en met een projectleider integratie & participatie.
Trimbos-instituut	Gesproken met de project manager van het programma ‘Drug Monitoring & Policy,’ en met een wetenschappelijk medewerker van het programma ‘Opvoeding en Educatie.’
VluchtelingenWerk Noord West Nederland	Gesproken met de plaatsvervangend directeur en manager projecten.
VluchtelingenWerk Nederland	Gesproken met een beleidsmedewerker.
Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)	Gesproken met het hoofd expertisecentrum sociaal domein, en met een beleidsmedewerker asiel en integratie / OTAV.
WIJeindhoven	Gesproken met een bestuurder.

Bijlage 2. Literatuurlijst

Hoofdstuk 2: Context en uitgangspunten

1. Haker F., Muisenbergh M. van den, Torensma M., Berkum M. van, Smulders E., Looman B., Wieringen J. van, Bloemen E. & Bokhoven R. van. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos; 2016.
2. Gool W.A. van. Briefadvies Geestelijke gezondheid van vluchtelingen. Publicatienummer: 2016/01. Den haag: Gezondheidsraad; 2016. Beschikbaar via: https://www. gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf Geraadpleegd op 27-02-2016.
3. Alles is Gezondheid. Beschikbaar via: http://www.allesisgezondheid.nl. Geraadpleegd op 15-02-2016.
4. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief over Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019. Den Haag: kamerbrief 846306-142553-PG, 4 december 2015. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/12/04/kamerbrief-over-landelijke-nota-gezondheidsbeleid-2016-2019 Geraadpleegd op 14-03-2016.
5. Huber M., Vliet M. van & Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip ‘gezondheid’. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2016;160; A7720.
6. Gezond in… Stimuleringsprogramma GIDS. Lokale aanpak gezondheidsachterstanden. Beschikbaar via: http://www.gezondin.nu Geraadpleegd op 15-02-2016.
7. NHG/LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Beschikbaar via: http://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001- 37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf Geraadpleegd op 14-03-2016.

Hoofdstuk 3.1: Het sociaal domein

1. Hobfoll S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist. 1989; 44: 513.
2. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
3. Dahlgren G. & Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
4. Hadgkiss E.J. & Renzaho A.M. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. Australian Health Review. 2014; 38: 142-159.
5. Haker F., Muisenbergh M. van den, Torensma M., Berkum M. van, Smulders E., Looman B., Wieringen J. van, Bloemen E. & Bokhoven R. van. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos; 2016.Utrecht: Pharos; 2016.

6. Sociaal Cultureel Planbureau. WRR Policy Brief 4. Geen tijd verliezen: Van opvang naar integratie van asielmigranten. Den Haag: SCP; 2015.
7. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Kamerbrief Integratie en participatie van vergunninghouders. 27 november 2015. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/11/27/kamerbrief-integratie-en-participatie-van-vergunninghouders. Geraadpleegd op 10-04-2016.
8. Interview met een medewerker gezondheidsbevordering en –beleid, en met een programmaregisseur van Gemeente Weststellingwerf t.b.v. deze kennissynthese.
9. Steenhuisen F., Klaassens C. & Menkehorst H. Het “Onner” model. PowerPoint Presentatie. Beschikbaar via: http://www.congresenstudiecentrum.nl/media/285033/Sessie%208.%20Gemeente%20Haren%20en%20ROC%20Alfa%20College%20Integratie%20is%20een%20gedeelde%20verantwoordelijkheid-niet%20langer%20wachten.pdf Geraadpleegd op 14-03-2016.
10. Interview met een beleidsmedewerker van VluchtelingenWerk Nederland t.b.v. deze kennissynthese.
11. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Kamerbrief Participatieverklaring. 27 november 2015. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/11/27/kamerbrief-participatieverklaring. Geraadpleegd op 10-04-2015.
12. Hagelund A. & Kavli H.C. If work is out of sight. Experiences with introductory programmes for newly arrived refugees. Oslo: Fafo Institute for Labour and Social Relations; 2008. Beschikbaar via: http://doku.iab.de/veranstaltungen/2008/activation_2008_hagelund_kavli.pdf Geraadpleegd op 16-02-2016.
13. Hielkema A. Krachtenbundel Duizend en één kracht. Een set van vier handreikingen over maatschappelijke participatie van allochtone vrouwen. Utrecht: Movisie; 2009.
14. Witkamp B., Vanoni M., Odé A., Kriek F. & Klaver J. Evaluatie pilot participatieverklaring. Amsterdam: Regioplan; 2015.
15. Pharos & GGD Regio Utrecht. E-sharing is caring. Beschikbaar via: http://www.ggdghor.nl/media/filebank/b986f7dcee064ebb9720c07e59e08b47/pitch-e-sharing-is-caring-bart-looman-en-sanne-kos-december-2015-def.pdf Geraadpleegd op 27-02-2016.
16. Pharos. Syrische nieuwkomers in de gemeenten. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
17. Salm H. Wie is Aram Hasan? Trouw, donderdag 4 april 2016. Beschikbaar via: https://www.arq.org/sites/default/files/domain-9/interview%20Trouw%20Aram%20Hasan%204%20febr%202016.pdf Geraadpleegd op 15-03-2016.
18. De Kinderombudsman. Wachten op je toekomst. Kinderen in de noodopvang in Nederland. KOM008/2016. Beschikbaar via: http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2016.KOM008.Wachtenopjetoekomst.pdf. Geraadpleegd op 29-02-2016.
19. Pharos. Aandacht voor gezondheid van jonge Eritreeërs. Utrecht: Pharos; verwacht in 2016.
20. Sense Noord-Nederland & Pharos. Concept beschrijving seksuele gezondheid Eritrese jongeren. (Intern document). Utrecht: Pharos; 2015.
21. VluchtelingenWerk. Integratiebarometer 2014. Een onderzoek naar de integratie van vluchtelingen in Nederland. Zaandam: Aranea Grafimedia; 2014. Beschikbaar via: https://www.vluchtelingenwerk.nl/sites/public/Vluchtelingenwerk/Publi-caties/VWNIntegratiebarometer2014.pdf Geraadpleegd op 29-02-2016.
22. VluchtelingenWerk. VluchtelingenWerk en het Sociaal Domein. Begeleiding van een bijzondere groep in uw gemeente. Beschikbaar via: http://www.vluchtelingenwerk.nl/wat-wij-doen/begeleiding-bij-integratie Geraadpleegd op 15-02-2016.

23. VluchtelingenWerk Nederland. Project Euro-Wijzer 2. Beschikbaar via: http://www.vluchtelingenwerk.nl/wat-wij-doen/onze-projecten/project-euro-wijzer-2 Geraadpleegd op 15-03-2016.
24. COA, GGD GHOR Nederland, MCA & GC A. Factsheet Gezondheidszorg voor asielzoekers in Nederland. Den Haag/Utrecht/Wageningen: COA/GGD GHOR Nederland/MCA/GC A; 2015. Beschikbaar via: https://www.rzasielzoekers.nl/dynamic/media/28/documents/overige_documenten/Factsheet_Gezondheidszorg_voor_asielzoekers_in_Nederland_1-2015.pdf Geraadpleegd op 15-03-2016.
25. Ministerie van Veiligheid en Justitie, VNG & NGB. Handreiking verhoogde asielinstroom t.b.v. het lokaal bestuur en betrokken partners. Den Haag: Ministerie van Veiligheid en Justitie/VNG/NGB; 2015. Beschikbaar via: http://www.burgemeesters.nl/sites/ www.burgemeesters.nl/files/File/151105_Handreiking%20hoge%20asielinstroom_web_ def.pdf Geraadpleegd op 15-03-2016.

Hoofdstuk 3.2: Publieke Gezondheidszorg

1. Kamerbrief ‘Betrouwbare publieke gezondheid’. Den Haag: kamerbrief 629287- 122954-PG, 28 augustus 2014. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2014/08/28/kamerbrief-over-betrouwbare-publieke-gezondheid-gezamenlijke-verantwoordelijkheid-van-gemeenten-en-rijk Geraadpleegd op 27-02-2016.
2. GGD GHOR Nederland. De gezondheid van vluchtelingen in gemeenten: preventie centraal. Utrecht: GGD GHOR Nederland; 2016. Beschikbaar via: http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/vluchtelingen-en-andere-nieuwkomers-in-nederland/publicaties/ publicatie/14196-notitie-gezondheid-vluchtelingen-in-gemeenten-preventie-centraal Geraadpleegd op 27-02-2016.
3. Duijnhoven Y.T.H.P. van, Sonder G.J.B., Siedenburg E., Worp J., Meijer-Veldman W.E. & Velpen P. van der. Asielzoekers en infectieziekten, een kwestie van beheersing. Spectrum. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2016; 94(1): 8.
4. Verwey-Jonker instituut, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) & Pharos. Voorlichting door en voor Vluchtelingen. Randvoorwaarden voor een succesvolle opzet. Utrecht/Woerden: Verwey-Jonker Instituut/NIGZ/Pharos; 2003.
5. Voorham A.J.J. Gezondheidsbevordering voor-en-door de doelgroep: theoretische onderbouwing en evaluatie bij migranten en ouderen. (Academisch Proefschrift). Rotterdam: Edauw & Johannissen; 2003.
6. Stichting Be Interactive. Be InterACTive - vrouwen, sport met ons mee. Stichting Be Interactive: Amsterdam; 2015. Beschikbaar via: https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1401041 Geraadpleegd op 14-03-2016.
7. GGD Hart van Brabant. Cursus Vrouw en Gezondheid. GGD Hart van Brabant: Den Bosch/Tilburg; 2015. Beschikbaar via: https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/1402007 Geraadpleegd op 14-03-2016.
8. Pharos. Knelpunten zorg aan besneden vrouwen. Verslag werksessie met sleutelpersonen: 11 december 2015. Utrecht: Pharos; 2013.
9. Pharos & Movisie. Geweld is niet gewoon. Ken uw recht - Zoek hulp. Voorlichting aan en door vluchtelingen en migranten. Utrecht: Pharos/Movisie; 2013. Beschikbaar via: http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/240/geweld-is-niet-gewoon Geraadpleegd op 27-02-2016.

10. Rutgers. MenCare+. Beschikbaar via: http://www.rutgers.nl/wat-wij-doen/programmas-en-projecten/iedereen-gezonder-door-mencare Geraadpleegd op 27-02-2016.
11. GGD GHOR Nederland, NSPOH en Pharos. E-learning. Publieke gezondheid vluchtelingen en asielzoekers.
Beschikbaar via: http://www.nspoh-on-line.nl/e-learning_vluchtelingen/ Geraadpleegd op 14-03-2016.
12. Sensoa/BZgA. Zanzu. Mijn lichaam in woord en beeld. Sensoa/BZgA: Antwerpen; 2015. Beschikbaar via: www.zanzu.be Geraadpleegd op 14-03-2016.

Hoofdstuk 3.3: Preventie en zorg voor vluchtelingenjeugd

1. Haker F., Muisenbergh M. van den, Torensma M., Berkum M. van, Smulders E., Looman B., Wieringen J. van, Bloemen E. & Bokhoven R. van. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos; 2016.
2. Gool W.A. van. Briefadvies Geestelijke gezondheid van vluchtelingen. Publicatienummer: 2016/01. Den haag: Gezondheidsraad; 2016. Beschikbaar via: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf Geraadpleegd op 27-02-2016.
3. Ikram U. & Stronks K. Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A Literature Review for the Health Council of the Netherlands. Amsterdam: Department of Public Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam; 2016. Beschikbaar via: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf Geraadpleegd op 27-02-2016.
4. Sardes & Pharos. ‘Bij een goed asielzoekerscentrum, hoort professionele kinderopvang.’ Beschikbaar via: http://www.sardes.nl/uploads/nieuwsbrief/verslag_bijeenkomst_asielzoekerspeuters_02022016.pdf Geraadpleegd op 14-03-2016.
5. NOS. ‘Jonge asielzoekers naar peuterspeelzaal.’ Beschikbaar via: http://nos.nl/artikel/2088567-jonge-asielzoekers-naar-peuterspeelzaal.html Geraadpleegd op 14-03-2016.
6. De kinderombudsman. Wachten op je toekomst. Kinderen in de noodopvang in Nederland. KOM008/2016. Beschikbaar via: http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2016.KOM008.Wachtenopjetoekomst.pdf Geraadpleegd op 29-02-2016.
7. Verhagen M. & Steentjes M. Jeugdgezondheidszorg voor vluchtelingen: een kijkje in de keuken van GGD West-Brabant. Spectrum. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 2016; 94(1): 10-11.
8. Tuk B. Je wilt je kind niet kwijtraken. Training opvoedingsondersteuning Somalische ouders in een asielzoekerscentrum. Pharos: Utrecht; 2010. Beschikbaar via: http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/109/je-wilt-je-kind-niet-kwijtraken Geraadpleegd op 7-03-2016.
9. Interview met een projectleider opvoedondersteuning en ouderbetrokkenheid van SOVEE t.b.v. deze kennissynthese.
10. Beek S. van. Asielkinderen tussen wal en schip? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2016; 160(9): C2902.

11. Verslag 'Ik kom niet toe aan preventie' een interview met JGZ professionals (2 jeugdverpleegkundigen en 1 zorgconsulent) over zorg aan vluchtelingen in de gemeente. (Intern document). Pharos: Utrecht, 5 november 2015.
12. Verslag bijeenkomst 'Bereik in de wijk' met ca 40 professionals uit JGZ, VluchtelingenWerk en wijkteams. Pharos: Utrecht, 12 november 2015.
13. Inspectie voor de Gezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg beter in positie. november 2014. Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2014.
14. Mooren T. & Bala J. Goed ouderschap in moeilijke tijden. Handleiding voor meergezinsgroepen met vluchtelingen. Diemen/Utrecht: Stichting Centrum '45/Arq/Pharos; 2016. Beschikbaar via: http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/291/goed-ouderschap-in-moeilijke-tijden Geraadpleegd op 15-03-2016.
15. Gilsing R., Pels T., Bellaart H. & Tierolf B. Grote verschillen in gebruik jeugdzorg naar herkomst. Utrecht: Kenniscentrum Integratie en Samenleving; 2015.
16. Peeters P.H. Leveren we maatwerk voor allochtonen? Interview met Trees Pels. Zorg + Welzijn magazine; april 2015. Beschikbaar via: http://www.zorgwelzijn.nl/Welzijnswerk/Nieuws/2015/4/Bereikt-de-transitie-ook-allochtonen-1740322W/ Geraadpleegd op 20-02-2016.

Hoofdstuk 3.4: Huisartsenzorg en medisch specialistische zorg

1. Muijsenbergh M. van den, van Weel-Baumgarten E., Burns N., O'Donnell C., Mair F., Spiegel W., Lionis C., Dowrick C., O'Reilly -de Brún M., de Brun T. & MacFarlane A. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. The rationale for the RESTORE FP 7 project. Primary Health Care Research & Development. 2014; 15: 122-133.
2. Haker F., Muisenbergh M. van den, Torensma M., Berkum M. van, Smulders E., Looman B., Wieringen J. van, Bloemen E. & Bokhoven R. van. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos; 2016.
3. Goosen E.S.M. A safe and healthy future? Edpidemiological studies on the health of asylum seekers en arefugees in the Netherlands. Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam/GGD Nederland; 2014.
4. Muijsenbergh M. van den & Oosterberg E.H. Patiëntgericht én cultureel competent. Goede zorg voor allochtone patiënten vereist specifieke competenties. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2013; 157: A5612.
5. Seeleman C. Cultural competence and diversity responsiveness: how to make a difference in healthcare? (Academisch Proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2014.
6. Treurniet H. & Oers H. van. Gezondheid en zorg voor vluchtelingen en asielzoekers. Spectrum. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2016; 94: 3.
7. Lamkaddem M., Muijsenbergh M. van den & Laban K. Klinische les. Vluchtelingen in de praktijk. Persoonsgerichte zorg en veerkracht-gericht werken. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2015; 159: A9447.
8. Hobfoll S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist. 1989; 44: 513.

9. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
10. Dahlgren G. & Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
11. Hadgkiss E.J. & Renzaho A.M. The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. Australian Health Review. 2014; 38: 142-159.
12. NHG/LHV. Toekomstvisie Huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Beschikbaar via: http://www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf Geraadpleegd op 29-02-2016.
13. WONCA Europe. World family doctors. Caring for people. WONCA Europe 2015 Istanbul Statement. Beschikbaar via: http://www.woncaeurope.org/content/wonca-europe-2015-istanbul-statement Geraadpleegd op 29-02-2016.
14. Muijsenbergh M. van den, Berkum M. van, Bokhoven R. van, Smulders E. & Stockmann M. Ziekenhuis zorg voor migranten. Optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid. Utrecht: Pharos; 2013.
15. KNMG. Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg (2014). Beschikbaar via: http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/142783/Kwaliteitsnorm-tolkgebruik-bij-anderstaligen-in-de-zorg-2014.htm Geraadpleegd op 14-02-2016.
16. CMAJ. Canadian Guidelines for Immigrant Health. 2016. Beschikbaar via: http://www.cmaj.ca/cgi/collection/canadian_guidelines_for_immigrant_health Geraadpleegd op 14-02-2016.
17. Pottie K., Greenaway C., Hassan G., Hui C. & Kirmayer L. J. Caring for a newly arrived Syrian refugee family. Canadian Medical Association Journal. 2016; 151422.
18. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease risks associated with the movement of refugees in Europe during the winter season – 10 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015.
19. Chiarenza A. Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups. Self-Assessment Tool for Pilot Implementation. Reggio Emilia: HPH Task Force Migrant Friendly Hospital and Health Services; 2014. Beschikbaar via: http://www.hphnet.org/attachments/article/291/Equity%20Standards%20SAT%202014_Light.pdf Geraadpleegd op 08-03-2016.
20. Vintges M., Hosper K. & Kamisetti S. Onzichtbare pijn. Adviezen voor de implementatie van de NHG-Standaard SOLK bij patiënten met een migrantenachtergrond. Utrecht: Pharos; 2015. Beschikbaar via: http://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/algemeen/webshop/product/285/onzichtbare-pijn#6778 Geraadpleegd op 08-03-2016.
21. Agudelo-Suárez A. A., Gil-González D., Vives-Cases C., Love J. G., Wimpenny P. & Ronda-Pérez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. BMC health services research. 2012; 12(1): 1.
22. Morris M.D., Popper S.T., Rodwell T.C., Brodine S.K. & Brouwe K.C. Healthcare barriers of refugees post-resettlement. Journal of community health. 2009; 34(6): 529-538.
23. Andrulis D.P. & Brach C. Integrating literacy, culture and language to improve health care quality for diverse populations. American Journal of Health Behavior. 2007; 31(1): S122-S133.

24. Kunst A.E., Lamkaddem M., Mackenbach J.P., Rademakers J. & Deville W. Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Utrecht/Rotterdam: NIVEL/Erasmus MC; 2008.
25. Seeleman C., Essink-Bot M.L. & Stronks K. Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie. Programmeringsstudie 'etniciteit en gezondheid'. ZonMw. Amsterdam: AMC, Universiteit van Amsterdam; 2008.
26. Jurat W. Ervaringen en kennis van huisartsen met de zorg van vluchtelingen en asielzoekers en ongedocumenteerden. (Verslag Wetenschappelijke onderzoeksstage). Nijmegen: Faculteit Geneeskunde, Radboud Universiteit Nijmegen; 2009.
27. Dorjsuren H. Kennis en ervaringen van medische specialisten met vluchtelingen en ongedocumenteerden. (Verslag Wetenschappelijke Onderzoeksstage). Nijmegen: Faculteit Geneeskunde, Radboud Universiteit Nijmegen; 2009.
28. Bhopal R. Research agenda for tackling inequalities related to migration and ethnicity. European Journal of Public Health. 2012; 34: 167-173.
29. Mock-Muñoz de Luna C., Ingleby D., Graval E. & Krasnik A. Synthesis report Workpackage 1. Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. MEM-TP. Kopenhagen: Europese Unie; 2015.
30. Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J.P. & McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. The Lancet. 2013; 381: 1235-1245.
31. Huber M., Stanciole A., Bremner J. & Wahlbeck K. Quality in and equality of access to healthcare services. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. European Commission; 2008. Beschikbaar via: http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf Geraadpleegd op 29-02-2016.
32. Pieper H. O. & MacFarlane A. "I'm worried about what I missed": GP registrars' views on learning needs to deliver effective healthcare to ethnically and culturally diverse patient populations. Education for Health. 2011; 24: 494.
33. Meeuwesen L. & Twilt S. "If you don't understand what I mean….": interpreting in health and social care. Research report. Utrecht: Centre for Social Policy and Intervention Studies; 2011.
34. Papic O., Malak Z. & Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of recent immigrant patients: attitudes, barriers, strategies and training needs. Patient Education and Counseling. 2012; 86: 205–09.
35. Baraldi C. & Gavioli L. Assessing linguistic and cultural mediation in healthcare services. In Ingleby D., Chiarenza A., Deville W. & Kotsioni I., editors. Cost series on health and diversity. Volume 2: inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. Antwerpen, Apeldoorn: Garant Publishers; 2012: 144–57.
36. Maesschalck S. de. Linguistic and cultural diversity in the consultation room: A tango between physicians and their ethnic minority patients. (Academisch Proefschrift). Gent: Ghent University, Department of Family Medicine and Primary Health Care; 2012.
37. Karliner L. S., Jacobs E. A., Chen A. H. & Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. Health Services Research. 2007; 42: 727–754.
38. Bischoff A. & Denhaerynck K. What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. BMC Health Services Research. 2010; 10: 248.

39. Langendijk-van den Berg I., Verdonk P. & Abma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2014; 158: A7702.
40. Broersen S. Artsen in de knoop zonder tolkenvergoeding. Medisch Contact. 2014; 12: 582-583.
41. Hemke F. Onbekend maakt onbemind. Huisartsenzorg voor migranten. Knelpunten en mogelijke oplossingen. Onderzoeksverslag. Utrecht: Pharos; 2010.
42. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers. Utrecht; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2014.
43. Bloemen E. & van der Laan J. Huisarts en Vluchteling. Practicum huisartsgeneeskunde. Amsterdam: Reed Business; 2012.
44. Feldmann T.C. Refugees and General Practitioners – Partners in Care? (Academisch proefschrift). Tilburg: Universiteit Tilburg; 2006.
45. Adams K. M., Gardiner L. D. & Assefi N. Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. British Medical Journal. 2004; 328(7455): 1548-1552.
46. Volmeijer E. Kwaliteit van zorg voor niet-westerse allochtone patiënten in het UMC St Radboud. Onderzoeksverslag afdeling Health Technology assessment. Nijmegen: UMC Radboud; 2012.

Hoofdstuk 3.5: Verloskundige zorg en kraamzorg

1. Poeran J., Denktas S., Birnie E,. Weg H.J. van der, Torij H.W., Bonsel G.J. & Steegers E.A.P. De opbrengsten van vier jaar 'Klaar voor een Kind: een grootstedelijk multidisciplinair gezondheidsprogramma voor verloskundige zorg in Rotterdam'. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2015; 93(7): 250-253.
2. Factsheet VoorZorg, 2014. Verpleegkundige ondersteuning bij zwangerschap, opvoeding en opgroeien. Beschikbaar via: https://d1l066c6yi5btx.cloudfront.net/ncj/ncj/docs/35ace855-1d7a-40ba-a254-ffb99c6c8531.pdf Geraadpleegd op 01-03-2016.
3. Correa-Velez I. & Ryan J. Developing a best practice model of refugee maternity care. Women birth. 2011; 25(1): 13-22.
4. NIGZ. Doorontwikkeling kraamzorgindicator: Literatuuronderzoek doorontwikkeling kraamzorgindicator 'Gezondheidsrisico's in achterstandsgezinnen' in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg Kraamzorg. Bilthoven: RIVM; 2010.
5. Waelput A.J.M. & Achterberg P.W. Etniciteit en zorg rondom zwangerschap en geboorte: een verkenning van Nederlands onderzoek. Bilthoven: RIVM; 2007.
6. Balaam M., Akerjordet K., Lyberg A., Kaiser B., Schoening E., Fredriksen A., Ensel A., Gouni O. & Severinsson E. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. Journal of Advanced Nursing. 2013; 69(9): 1919-1930.
7. Steegers E.A. & Been J.V. Sociale ongelijkheid: aangeboren of te voorkomen. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2016; 160: D83.
8. Lamkaddem M., Straten A. van der, Essink-Bot M.L., Eijsden M. van & Vrijkotte T. Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2014; 158: A7718.
9. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inzet professionele tolken en overdracht bij overplaatsing moeten beter voor verantwoorde geboortezorg aan asielzoekers. Utrecht; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2014.

Hoofdstuk 3.6: Mondzorg

1. Haker F., Muisenbergh M. van den, Torensma M., Berkum M. van, Smulders E., Looman B., Wieringen J. van, Bloemen E. & Bokhoven R. van. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning. Utrecht: Pharos; 2016.
2. Interview met een beleidsmedewerker structuur en financiering van de KNMT t.b.v. deze kennissynthese.
3. Interview met een mondhygiënist van de NVM t.b.v. deze kennissynthese.
4. SCP. Verschil in Nederland. Sociaal en cultureel rapport 2014. Aantrekkelijk gezond: de sociale gevolgen van verschillen in fysiek, mentaal en esthetisch kapitaal. Den Haag: SCP; 2014.
5. Eikenboom, S. Poetsinstructie aan asielzoeker. Terug naar de basis. Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne. 2016;1:13-15.

Hoofdstuk 3.7: Geestelijke gezondheidszorg

1. Haker F., Muisenbergh M. van den, Torensma M. Berkum M. van, Smulders E., Looman B., Wieringen J. van, Bloemen E. & Bokhoven R. van. Kennissynthese gezondheid van nieuwkomende vluchtelingen en indicaties voor zorg, preventie en ondersteuning Utrecht: Pharos; 2016.
2. Ikram U. & Stronks K. Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A Literature Review for the Health Council of the Netherlands. Amsterdam: Department of Public Health, Academic Medical Center, University of Amsterdam; 2016. Beschikbaar via: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf Geraadpleegd op 27-02-2016.
3. Gool W.A. van. Briefadvies Geestelijke gezondheid van vluchtelingen. Publicatienummer: 2016/01. Den haag: Gezondheidsraad; 2016. Beschikbaar via: https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/201601201601briefadvies_geestelijke_gezondheid_van_vluchtelingen.pdf Geraadpleegd op 27-02-2016.
4. Magnée T., Beurs D. de & Verhaak P. Consulten bij de huisarts en de POH-ggz in verband met psychosociale problematiek. Een analyse van NIVEL Zorgregistraties gegevens van 2010-2014. NIVEL: Utrecht; 2015. Beschikbaar via: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Factsheet-consulten-bij-huisarts-POH-ggz.pdf Geraadpleegd op 15-02-2016.
5. Engelhard D. & Goorts I. God zal voor mij zorgen. Religieuze coping van vluchtelingen met gezondheidsproblemen. Pharos: Utrecht; 2009.
6. Bala J. & Kramer S. A. Managing uncertainty: coping styles of refugees in a Western Country. Intervention Journal. 2004; 2: 33-42.
7. Kramer S., Bala J., Dijk R. van & Öry F. Making sense of experience. Patronen van betekenisverlening en coping van asielzoekers. Utrecht: Utrechtse School voor bestuurs- en organisatiewetenschap; 2003.
8. Sleijpen M., Boeije H. R., Kleber R. J. & Mooren T. Between power and powerlessness: a meta-ethnography of souces of reslience in young refugees. Ethnicity and Health. 2016; 21(2): 158-180.

9. Ozbay F., Johnson D.C., Dimoulas E., Morgan C.A., Charney D. & Southwick S. Social-support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. Psychiatry (Edgemont). 2007; 4: 35-40.
10. Lukens E. & Mcfarlane W.R. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research and policy. Brief Treatment and Crisis Intervention. 2004; 4(3): 205-225.
11. Schayk M. van & Vloeberghs E. Podium voor preventie. Een overzicht van psychosociale preventie voor asielzoekers. Utrecht: Pharos; 2006. Beschikbaar via: http://www.pharos.nl/documents/doc/podium_voor_preventie1.pdf Geraadpleegd op 18-02-2016.
12. Sterk P.A.M. Module opvoedingsondersteuning voor asielzoekers en vluchtelingen. Handboek voor trainers versie 2.2. Zaandam: Mind-Spring; 2009.
13. Welfing M. & Laban C.J. Toekomstgericht en intercultureel werken aan preventieve ggz. Aanbevelingen voor onderzoek en uitvoering van preventieve ggz voor migrantenjeugd, subgroepen allochtone volwassenen en asielzoekers en vluchtelingen. Den Haag: ZonMw; 2011. Beschikbaar via: http://www.mighealth.net/nl/ images/5/5a/2011Rapport_ggz_ZonMw.pdf Geraadpleegd op 25-02-2016.
14. Bloemen E. & Vloeberghs E. Gun ons de tijd… Werkboek psychosociale begeleiding bij hervestigde vluchtelingen. Pharos: Utrecht; 2013. Beschikbaar via: http://www.pharos.nl/documents/doc/webshop/gun_ons_de_tijd.pdf Geraadpleegd op: 14-02-2016.
15. Stants F., Zwan, I. van der & Tankink, M. ggz-zorgaanbod voor asielzoekers: een evaluatie van de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg aan asielzoekers. Utrecht: Pharos; 2003.
16. Grotenhuis, R. (red). Van pionieren tot verankeren. Tien jaar gezondheidszorg voor vluchtelingen. Utrecht: Pharos; 2003.
17. Langendijk-van den Berg I., Verdonk P. & Abma T. De professionele tolk verdwijnt: kwaliteit onder druk. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2014; 158: A7702. Beschikbaar via: https://www.ntvg.nl/artikelen/de-professionele-tolk-verdwijnt-kwaliteit-onder-druk/volledig Geraadpleegd op 27-02-2016.
18. Lamkaddem M., Stronks K., Devillé W., Olff M., Gerritsen A. & Essink-Bot M.L. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation among resettled refugees in the Netherlands. BMC Psychiatry. 2014; 14: 90.
19. Cheng I.H., Drillich A. & Schattner P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: a literature review. British Journal of General Practice 2015; 65(632): e171-e176.
20. Suurmond J., Seeleman C., Stronks K. & Essink-Bot M.L. Een Arts Van de Wereld: Etnische Diversiteit in de Medische Praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012.
21. Essink-Bot M.L. & Suurmond J. Culturele competenties: noodzaak in de zorg voor asielzoekers en vluchtelingen. Spectrum. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2016; 94: 13-14.
22. Asgary R. Graduate public health training in healthcare of refugee asylum seekers and clinical human rights: evaluation of an innovative curriculum. International Journal of Public Health. 2015; Epub ahead of print via: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26496904.
23. Meeuwesen L. Language barriers in migrant health: a blind spot (editorial). Patient Education and Counseling. 2012; 86: 135-136.

24. Bischoff A. Do language barriers increase inequalities? Do interpreters decrease inequalities? 2012. In Ingleby D., Chiarenza A., Deville W. & Kotsioni I., editors. Cost series on health and diversity. Volume 2: inequalities in health care for migrants and ethnic minorities. Antwerp, Apeldoorn: Garant Publishers; 2012: 128–143.
25. KNMG. Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg; 2014. Beschikbaar via: http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/142783/Kwaliteitsnorm-tolkgebruik-bij-anderstaligen-in-de-zorg-2014.htm Geraadpleegd op: 14-02-2016.
26. Bloemen E. Verslag behoeftepeiling huisartsen, januari 2016. Utrecht: Pharos; 2016.
27. Mak J., Distelbrink M. & Wachter G. Inventarisatie diversiteit in de ggz. Verslag van een enquête onder ggz-professionals. Utrecht: Verwey Jonker Instituut; 2015. (nog niet gepubliceerd).